



TESIS DOCTORAL

EL LEGADO DEL APEGO TEMPRANO: TRASLACIÓN DESDE LA  
DESCRIPCIÓN A LA INTERVENCIÓN

Autor

Felipe Lecannelier Acevedo

Tutor

José Luis Linaza Iglesias. PhD

DEPARTAMENTO INTERFACULTATIVO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE  
LA EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

## TESIS DOCTORAL

### EL LEGADO DEL APEGO TEMPRANO: TRASLACIÓN DESDE LA

### DESCRIPCIÓN A LA INTERVENCIÓN

Alumno: Felipe Lecannelier Acevedo

Tutor: José Luis Linaza Iglesias

#### Resumen

La Teoría del Apego ha sido considerada como uno de los programas de investigación mas productivos y relevantes dentro de los modelos del desarrollo de la personalidad. Sin embargo, esta productividad no ha podido ser trasladada de igual modo a la propuesta de intervenciones que fomenten la seguridad del apego en el periodo de la infancia. Este proceso de traslación desde la investigación empírica hacia la implementación y evaluación de programas de intervención, es considerada actualmente uno de los pasos necesarios y urgentes, para consolidar dicha propuesta. La presente tesis doctoral presenta dos estudios que reflejan los dos estadios de la Teoría del Apego: un estudio descriptivo sobre la distribución de patrones de apego en una muestra de la Región Metropolitana (Santiago de Chile) (Estudio 1), en infantes de 11 a 18 meses bajo el procedimiento de la Situación Extraña, y un estudio para medir el impacto de una intervención basada en el apego, en una muestra de bebés institucionalizados en diversas regiones de Chile (Estudio 2). Los resultados encontrados en el Estudio 1, muestran una distribución similar a los países del hemisferio norte (70% de apego seguro y 30% de apego inseguro). Así mismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de parto (eutócico versus distócico) y la seguridad del apego. Los resultados del estudio 2 muestran, en primer lugar una distribución opuesta a la muestra normativa, con un 53% de apego inseguro, y un 47% de apego seguro. La intervención demostró un impacto positivo en las dimensiones del temperamento en relación a la seguridad del apego, donde los estilos inseguros igualan su desarrollo en el temperamento, en relación a los estilos seguros. Se discuten las implicancias, relevancias y futuras direcciones de los resultados, bajo una mirada traslacional y de cambio en las políticas públicas.

Palabras claves: apego; intervención, traslación.

Junio 2017

03131120-S

Para Macarena, Pascale e Iñaki

## AGRADECIMIENTOS.

Agradezco muy sinceramente a todas aquellas personas que hicieron posible la consecución de este proyecto, apoyándome en diferentes formas y niveles.

En primer lugar, agradezco al Dr. José Luis Linaza , mi tutor de tesis, quien sin su incondicional apoyo, sus constantes palabras de motivación, y su ayuda concreta, hubiera sido difícil concretar esta tesis.

A todos aquellos/as colegas con los que tuve el privilegio de trabajar, y que con su trabajo incesante lograron concretar dos proyectos de manera exitosa: Mónica Kimelman, Livia González, Carlos Núñez, Marianela Hoffman, Jaime Silva, Raquel Morales, y Rolando Melo.

A los académicos e investigadores que me han ayudado a dar forma y valor a mi carrera profesional: Peter Fonagy, Alan Sroufe, Elizabeth Carlson, Karlen Lyons-Ruth, Martin Maldonado-Durán, Miguel Cherro, Patricia Crittenden, Pascual Palau, Emilce Dio Bleichmar, Mary Dozier, y un sinfín de académicos, filósofos e investigadores que, a través de su trabajo, me permitieron seguir el mío.

A aquellos colegas con los que en diferentes momentos de mi vida profesional, trabajaron conmigo, explorando bajo diversas formas, una temática fundamental de la vida: el legado de los vínculos tempranos en el desarrollo y la salud mental. Por ende, mis agradecimientos van para Leila Jorquera, Dalia Pollak, Nancy Goldstein, Fernanda Flores, Paula Muñoz, Catalina Larraín, Ana María Olivares, y Verónica Undurraga.

Finalmente, nada hubiera sido posible sin el apoyo de mi familia.

## INDICE DE CONTENIDOS

## 1. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad, los aportes de la Teoría del Apego (T.A.) “...han proporcionado una de las herramientas conceptuales y metodológicas más importantes para comprender el desarrollo socio-emocional temprano y la psicopatología del desarrollo, y es actualmente la perspectiva líder para comprender la continuidad, y cambio en el desarrollo de la personalidad” (Thompson & Raikes, 2003, p. 691-2). La T.A se podría conceptualizar como un programa de investigación e intervención que busca explicar cómo la tendencia evolutiva central de los seres humanos para establecer lazos afectivos duraderos y específicos con otros seres humanos, permite sentar las bases de su desarrollo biopsicosocial, así como la amplia gama de trayectorias normales y desviadas que pueden ir emergiendo como producto de la disrupción de esta tendencia y motivación intrínsecamente humana (Lecannelier, 2009).

Durante los últimos 40-50 años este enfoque o modelo se ha ido posicionando como una perspectiva coherente en sus planteamientos centrales, flexible en su adaptación a los nuevos conocimientos y críticas, empírica en su metodología de abordaje, y práctica en su modo de fomentar el bienestar del ser humano, a través de todo el ciclo vital (Cassidy & Shaver, 1999, 2016). Sin embargo, el logro de su estado actual ha conllevado el recorrido de un camino conceptual y empírico que ha debido ir sobrellevando una serie de limitaciones, críticas y mejoras al interior de esta aproximación, que tiene como propósito nuclear comprender la relevancia de los vínculos afectivos de apego en el bienestar y desarrollo humano. Una de las últimas limitaciones (y una de sus más importantes) ha estado relacionada al proceso de traslación desde la evidencia empírica basada en la ciencia básica sobre las diferencias individuales en el desarrollo del vínculo de apego, hacia la elaboración, implementación y evaluación del impacto de modelos y/o programas de intervención destinados al fomento de la seguridad del apego (Greenberg, 2005; Lecannelier, 2014). Esta temática

relacionada al proceso y mecanismos de traspaso del “laboratorio a la práctica” se ha convertido en una urgencia de tal magnitud que se la ha considerado un programa de investigación en su derecho propio, clasificándola como “investigación traslacional”, “enfoque traslacional”, e incluso “ciencia traslacional” (Gunnar & Cicchetti, 2009; Toth & Cicchetti, 2011). Aunque, inicialmente surgida dentro del campo de la medicina (Insel, 2009), los científicos abocados al impacto y mecanismos de cambios de las intervenciones psicosociales han ido progresivamente adoptando esta disciplina. El objetivo central, desde esta mirada, es buscar los mecanismos, procesos y prácticas que permitan utilizar el acopio de evidencias provenientes desde las ciencias humanas básicas para la implementación de diversos tipos de intervenciones que se materialicen en la ayuda real de las múltiples dificultades observadas dentro de la salud psicosocial y mental de las personas (Toth & Cichheti, 2011).

Al interior de la T.A, a inicios del siglo XXI, empezaron a surgir voces críticas sobre una deuda histórica que este enfoque llevaba acarreando, incluso desde los últimos escritos de su creador, el Dr. John Bowlby (Bowlby, 1988). Esta deuda estaba relacionada al hecho de que, a pesar de que los aportes empíricos desde este enfoque eran incuestionables (y uno de los mas importantes dentro de la historia de la Psicología), esta evidencia no había podido ser trasladada al ámbito práctico (Lecannelier, 2014). Es decir, que desde los inicios de la T.A en la década de los sesenta hasta fines del siglo XX, esta aproximación se había convertido en una práctica esencialmente vinculada al mundo académico de las investigaciones empíricas, no habiendo podido trasladarse al mundo práctico de las intervenciones.

La presente Tesis Doctoral incluye la articulación de dos estudios publicados (Lecannelier, Kimelman, Gonzalez, Nuñez, & Hoffmann, 2008; Lecannelier, Silva, Hoffmann, Melo, & Morales, 2014), sobre dos niveles de acción de la Teoría del



Apego: un nivel de ciencia básica descriptiva sobre las diferencias individuales en los patrones de apego en la infancia; un nivel de ciencia preventiva sobre el impacto de un programa de intervención para el fomento del apego en infantes en condiciones de riesgo (institucionalización temprana). Más específicamente, el estudio 1 indaga sobre la distribución de los cuatro patrones de apego (Seguro-Inseguro Evitante-Inseguro Ambivalente-Desorganizado) en una muestra normativa de infantes de 11 a 18 meses provenientes de Santiago de Chile. El estudio 2 busca trasladar la evidencia hacia la implementación y evaluación del impacto de una estrategia de intervención temprana para bebés de 0 a 12 meses, que se encuentran en condiciones de institucionalización temprana (muestra de riesgo).

Ambos estudios fueron inéditos en Latinoamérica, tanto en la metodología utilizada como en los resultados obtenidos. Así mismo, ambos estudios permitieron la generación de información empírica local que posibilitaron la emergente conciencia y cambio en las políticas públicas sobre el bienestar infantil, aplicando la relevancia del fomento en la seguridad del apego en los niños y sus cuidadores. Finalmente, estos estudios permiten ir generando puentes traslacionales entre la ciencia básica y la ciencia práctica, en miras a que el conocimiento empírico recolectado no permanezca encapsulado en los ámbitos académicos, sino que posibilite la ayuda real y masiva de las personas (especialmente, las que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad).

## 2. MARCO TEÓRICO

El desarrollo del marco teórico de la presente tesis estará organizado bajo una secuencia lógica desde lo general a lo particular. En primer lugar se articularán los aspectos históricos y conceptuales nucleares que componen la T.A. Posteriormente, se desarrollarán las conceptualizaciones y evidencias sobre las diferencias individuales del apego en la infancia temprana, referidas específicamente a los cuatro patrones de apego investigados. A continuación, se delimitarán algunas propuestas y evidencias sobre el operar del sistema de apego en condiciones de alto riesgo, en particular el caso de los infantes en condiciones de institucionalización temprana. Finalmente, se delimitarán los aportes, evidencias y conceptos sobre la aplicabilidad práctica del apego, bajo el marco de lo que se ha conceptualizado como Intervenciones Basadas en el Apego (IBA).

## 2.1. Orígenes históricos de la Teoría del Apego: la colaboración Bowlby-Ainsworth.

Los textos sobre la historia de la T.A confluyen en el hecho de que ésta es producto de la cooperación intelectual entre dos personas: John Bowlby y Mary Ainsworth (Goldberg, 2000; Holmes, 1993). Más aún, se ha planteado que fue justamente el trabajo colaborativo entre un clínico-teórico y una investigadora, lo que permitió darle a este enfoque una identidad poco común para las propuestas psicológicas de la época (e incluso en la actualidad). Sin los aportes teóricos originales y multidisciplinarios de Bowlby, la T.A hubiera se hubiera quedado atrapada en los modelos clásicos, tales como el Psicoanálisis o el Conductismo. Pero sin la experticia de Mary Ainsworth en la investigación empírica observacional, esta aproximación hubiera permanecido dentro del grupo de los enfoques clínicos con poco sustento científico. Sin embargo, el inicio histórico empieza con John Bowlby.

John Bowlby Mostyn nace el 26 de febrero de 1907 en la ciudad de Londres. Sus padres, fueron Sir Anthony Bowlby, comandante-general y cirujano de la Casa Real, y

May Mostyn, hija de un clérigo. Bowlby provenía de una familia de siete hijos. Después de una infancia cargada de rupturas emocionales y un ambiente familiar más bien indiferente y poco dada a los afectos, decide iniciar sus estudios en Ciencias Naturales y Psicología en el Trinity College de la Universidad de Cambridge, donde finalmente se gradúa de médico (con la especialidad de Psiquiatría de adultos), mientras paralelamente realiza su formación en psicoanálisis (donde se gradúa en 1937). Unos de los hitos decisivos en la creación de la T.A, ocurre cuando Bowlby (siendo un estudiante de medicina) empieza a trabajar como interno en una escuela especial para niños con problemas psicosociales. Los relatos históricos cuentan que dos niños en especial le llamaron la atención: un adolescente muy distante, evitante y reacio al contacto, y un niño de 8 años que presentaba constantemente conductas de aferramiento hacia los adultos.

Fue así como una vez finalizado sus estudios y especializaciones en psiquiatría y medicina, Bowlby empieza a sentir ciertos descontentos con los postulados de ambas disciplinas, relacionados específicamente a la propuesta imperante de la época, que sostenía que gran parte de los problemas y dificultades en la salud mental de las personas tenían su origen en fantasías, y no en eventos de la vida real. Este descontento impulsa su acercamiento a conocimientos de otras disciplinas, tales como la Etología, la Psicología Cognitiva, y los aportes provenientes del trabajo clínico con familias. En 1944 publica su primer trabajo titulado “Cuarenta y cuatro ladrones juveniles: Su carácter y estilos de vida” (Bowlby, 1944). Posteriormente entre 1946 y 1956, crea el Departamento para Niños y Padres en la Clínica Tavistock, donde empieza importantes colaboraciones con el matrimonio Robertson (Joyce y James), realizando significativos aportes al tema de la separación maternal en los contextos hospitalarios, la cuál era promovida debido a la creencia de que la presencia continua de los padres perturbaban

de modo innecesario a los niños(y se podían contraer infecciones). De ese trabajo surge la creación de un video llamado “Un niños de dos años va al hospital” (Bowlby & Robertson, 1952), generando sustanciales cambios, no solo en la comprensión de las reacciones y efectos de la separación temprana, sino en las políticas hospitalarias sobre la presencia de los padres. En esa época, Bowlby es llamado a organizar una serie de grupos de trabajos anuales convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde tiene la oportunidad de compartir, reflexionar y dialogar con expertos de variadas disciplinas (tales como Jean Piaget, Konrad Lorenz, Harry Harlow, entre otros), lo que va alejando más sus posturas del psicoanálisis, y aproximándose a una propuesta teórica original. El proyecto de la OMS da origen al libro “El cuidado de los niños y el crecimiento del amor” (Bowlby, 1953) (considerado un Best-Seller). A esas alturas, su planteamiento consistía en que el desarrollo normal de un niño requiere de una relación cálida, íntima y continua con su madre (o de otro cuidador sustituto que sea estable y permanente). Así mismo, Bowlby ve esta relación emocional como una motivación y necesidad imperiosa para la sobrevivencia del infante.

Producto de todas las influencias y cooperaciones teóricas y prácticas acaecidas en ese periodo, es que Bowlby empieza una segunda fase en su proceso de creación, a saber, la que dará origen a los planteamientos de la T.A. Esta segunda etapa se inicia con la presentación de tres conferencias dictadas en la Sociedad Psicoanalítica Británica de Londres: La primera de ellas se titula “La naturaleza del lazo del niño con su madre”, donde rechaza las propuestas sobre la libido como soporte del vinculo del niño con su madre, y sustituyéndolas por una noción de corte mas evolucionista del apego (Bowlby, 1958). La segunda fue sobre “La Angustia de separación”, donde se recalcan los efectos reales de las separaciones tempranas, proponiendo que una ansiedad excesiva, así como una ausencia de expresión de ansiedad pueden ser ambos indicadores de la disrupción

en el vínculo de apego temprano (Bowlby, 1960a). La tercera y última de las conferencias recibió el nombre de “El dolor y el duelo en la infancia y niñez temprana” (1960b), en donde se afirma que las reacciones de dolor y duelo son similares en los niños y los adultos, y se producen por la perturbación en la disponibilidad de la figura de apego. De lo anterior, se desprende que esta figura debe ser estable y disponible, y que un niño que enfrenta sucesivas separaciones (y/o sucesivos cuidadores) puede experimentar importantes perturbaciones en su personalidad y forma de vincularse.

Durante los quince años siguientes, Bowlby materializa el corpus teórico de la T.A a través de tres libros: El Vínculo de Apego (1969) donde se propone el concepto de Sistemas Conductuales de Apego, su función evolutiva, su dinámica cibernética, y su desarrollo en Modelo Internos de Trabajo. El segundo volumen se tituló La Separación Afectiva (1973), donde se especifica de un modo mas elaborado y completo la función del apego entre el bebé y su madre, los Modelos Internos de Trabajo, y la noción de disponibilidad (availability) como meta biológica y psicológica del sistema de apego. El último volumen de su trilogía se titula La Pérdida Afectiva (1980) donde se incorpora la noción cognitiva del procesamiento de la información, los efectos devastadores de la perdida del vinculo temprano en la salud mental y personalidad, y las estrategias defensivas propias de las experiencias traumáticas tempranas. Estos últimos temas, conducen a Bowlby a re-pensar la psicoterapia como una “experiencia emocional correctiva” de los modelos internos de trabajo en el apego, y el espacio terapéutico como una base segura para la exploración mental del paciente (Bowlby, 1988).

Sir John Bowlby muere el 2 de septiembre de 1990 en su casa veraniega de la Isla de Skye (Escocia).

Mary Dinsmore Salter Ainsworth nació en 1913 en Ohio, EEUU. Fue la mayor de tres hermanas, y sus padres fueron personas con altos grados académicos, donde ella

fue inculcada tempranamente a la lectura y el estudio. A los cinco años, su padre es transferido a Canadá por trabajo. En 1929, ella ingresa a la Universidad de Toronto a estudiar Psicología (a la edad de 16 años). Obtiene su maestría en 1936, y su doctorado en Psicología del Desarrollo en 1939. En esa época, recibe la importante influencia de William Blatz y su teoría de la seguridad, que postulaba que si un niño ha recibido un sentimiento de seguridad por parte de sus padres y del mundo, entonces va a tender a aprender y explorar su ambiente, ya que posee la expectativa de que sus cuidadores principales estarán ahí cuando él regrese. Es decir, el vínculo parental no solo implica la cercanía y el contacto físico, sino que la entrega de un sentimiento de que los otros serán una “base segura” que posibilita el alejamiento y el aprendizaje del mundo.

Posteriormente, Ainsworth se enlista en el periodo de la Segunda Guerra Mundial, donde llega hasta el rango de Mayor, realizando evaluaciones clínicas y pruebas estandarizadas. Una vez finalizada la guerra, regresa a Canadá donde se dedica a la docencia en la Universidad de Toronto. Una vez casada con un psicólogo en formación (Leonard Ainsworth), la pareja decide mudarse a Londres, donde su marido debe ir a terminar sus estudios en el University College London. Es en esta ciudad donde empieza el trabajo colaborativo con John Bowlby. Los relatos históricos cuentan que es más bien la casualidad la que une a estos dos creadores de la T.A. Ainsworth se encuentra con un amigo, quien le señala sobre un aviso en el periódico donde buscan a una persona experta en investigación en desarrollo infantil, en la clínica Tavistock. Desde ese momento empiezan sus contribuciones. En 1954 se muda a Uganda, donde empieza a realizar observaciones de bebés y sus madres en el contexto del hogar. Estas observaciones longitudinales durante nueve meses, la conducen a identificar tres patrones de relacionamiento de los bebés, los que se encontraban íntimamente relacionados al nivel de sensibilidad de las madres: algunos niños parecían vincularse

de un modo seguro, relajado y alegres con sus madres; otros infantes parecían haber desarrollado un apego mas inseguro, expresado a través de un llanto intenso, mayor aferramiento hacia la madre, y emociones de incomodidad; finalmente, otros bebés que observó parecían no estar apegados a sus madres, expresando poco interés en el vínculo y la proximidad (Ainsworth, 1967). Todas estas observaciones sistemáticas le permitieron a Ainsworth poder corroborar los planteamientos etológicos de las propuestas de Bowlby.

Desde Uganda, Ainsworth se traslada a la ciudad de Baltimore (EEUU), donde realiza un estudio observacional más sistemático, observando a los bebés cada tres meses, desde el primer mes de vida, en una serie de situaciones cotidianas (alimentación, juego, interacción cara a cara, exploración y apego). Una vez que los infantes hubieran cumplido su primer año de edad, Ainsworth los llevaba a su laboratorio para evaluarlo en un procedimiento llamado “Situación Extraña” (Ainsworth & Wittig, 1969), el cuál se terminó convirtiendo a través de los años, no solo en la metodología de investigación principal para el estudio del apego en la infancia, sino en su Gold Standard para la evaluación del apego (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Los primeros hallazgos de Mary Ainsworth evidenciaron, en primero lugar, que desde los primeros meses de vida, los bebés ya empiezan a desplegar diferencias individuales en la conducta de apego hacia las madres. En segundo lugar, que lo que se conoce como “sensibilidad” de las madres, es decir, su capacidad de captar, interpretar y regular las señales de estrés, era un potente predictor de la calidad del apego del infante. Finalmente, nuevamente Ainsworth pudo identificar los tres estilos de apego que había observado en Uganda (los que se reformularon posteriormente, en “Apego Seguro”, “Apego Inseguro Evitante”, y “Apego Resistente o Ambivalente”).

Ainsworth muere en 1999 a la edad de 86 años, habiendo recibido un sinnúmero de honores y premios, publicado numerosos artículos, y por sobre todo, habiendo creado un semillero de investigadores, los cuáles fueron dándole forma, organización y avances a la T.A durante las décadas siguientes. Aunque residían en diferentes continentes, la colaboración, intercambio y comunicaciones con Bowlby siempre se mantuvo activa.

Durante las décadas siguientes, la T.A. ha ido progresivamente complejizando y ampliando sus áreas temáticas de investigación: desde el estudio del apego en la infancia, hasta la realización de investigaciones a través de todo el ciclo vital; desde los estudios sobre la conducta de apego, pasando por las investigaciones sobre el nivel representacional, llegando actualmente a las influencias genéticas, neurobiológicas, y psiconeuroinmunológicas del sistema de apego; y desde la evidencia empírica, hacia la intervención clínica y psicosocial (Cassidy & Shaver, 2016).

## 2.2. Fundamentos conceptuales: Vínculo afectivo, vínculo de apego, conducta de apego y Sistema Conductual de Apego.

Las conceptualizaciones sobre el apego han experimentado un auge, influencia e importancia de grandes repercusiones. En la actualidad, sus aportes han tenido impactos significativos en diversas disciplinas más allá de la Psicología, tales como la Medicina, la Enfermería, la Puericultura, el Trabajo Social, la Antropología y la Biología Evolucionista. Así mismo, ha generado importantes contribuciones en las áreas de la parentalidad, maternidad, educación y desarrollo infantil. Todo este progresivo impacto de las evidencias del apego han repercutido, de un modo inevitable, en una cierta confusión terminológica sobre lo que es el vínculo de apego y sus conceptos asociados (Lecannelier, 2006; 2009). De ese modo, se observan indeterminaciones terminológicas relacionadas a confundir el vínculo de apego con cualquier tipo de lazo afectivo, o de



igualar el vínculo de apego al contacto físico cercano, o simplemente, incluir dentro del sistema de apego, cualquier proceso relacionado a las interacciones sociales humanas.

Debido a lo anterior, es que esta sección estará destinada a articular el esqueleto conceptual básico de la T.A.

El vínculo de apego es una subclase de lo que se podría llamar “vínculos afectivos”. El vínculo o lazo afectivo constituye una conexión emocional con otra persona, en donde están implicadas intensas emociones, y en donde el otro tiene un rol intercambiable (es específico a una persona determinada) (Fonagy, 2001). Como lo plantearon Bowlby y Ainsworth, a través de la vida el ser humano desarrolla una serie de lazos afectivos que no necesariamente se desarrollan en vínculos de apego (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1988). Sin embargo, en muchos aspectos el vínculo afectivo y el vínculo de apego comparten ciertas características (Ainsworth, 1973): tienden a ser persistentes y no transitorias; poseen un carácter de no ser intercambiables; existe una motivación a vincularse a esa persona, y así mismo, se experimenta ansiedad y estrés frente a su separación y; la persona desea mantener contacto con el otro. La diferencia entre ambos, radica en un solo aspecto: cuando existe un vínculo de apego, la persona tiende a buscar seguridad, protección y regulación en la otra persona, en momentos de estrés. Es decir, la búsqueda de *seguridad emocional* es la piedra angular que organiza y motiva el establecimiento de vínculos de apego. Como se articulará en las secciones siguientes, la comprensión de la importancia de la seguridad emocional para la adaptación y desarrollo humano, es un aspecto imprescindible a la hora de analizar los efectos del apego en sus diversos niveles de acción (Hughes & Bailin, 2012). Lo anterior implica que en las etapas infantiles de la vida, el apego tiene un carácter intrínsecamente asimétrico, en donde el niño busca protección en un ser adulto que es “mas sabio y grande” (Cassidy, 2016). Es solo de este modo, que la adaptación y

sobrevivencia puede ser lograda por un infante que nace esencialmente inmaduro e incompetente para lograr por si mismo su homeostasis biológica, psicológica y social. De igual modo, se infiere de lo anterior, que un vínculo afectivo no necesariamente implica un vínculo de apego (una relación duradera de amistad, no implica necesariamente que se busque al otro en momentos de estrés), pero si existe un vínculo de apego, éste se da necesariamente al interior de un vínculo afectivo. Por ende, el vínculo afectivo es una categoría más general y abarcadora que el vínculo de apego, donde en éste último deben existir experiencias de estrés y amenaza, en el que un miembro de la relación “usa” al otro con fines de seguridad, regulación y sobrevivencia (Sroufe, 1996). Por lo anterior, es que muchas instancias relacionales dentro del desarrollo infantil, tales como el juego, el amamantamiento, el contacto piel a piel cercano, pueden no ser necesariamente instancias activadoras del sistema de apego (Lecannelier, 2013b).

La Conducta de Apego implica el rasgo observacional (conductual) del vínculo de apego. Para Bowlby, la conducta de apego es “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se le considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 1988, p. 40). Ejemplos de conductas de apego incluyen el llanto, las conductas de aferramiento, levantar los brazos para señalar la motivación de ser tomado en brazos, y otros. Evidentemente, este tipo de conductas implican señalizaciones explícitas que el infante despliega con el objetivo de buscar protección y regulación en momentos de estrés. En este caso, también se hace relevante la distinción entre el vínculo de apego y la conducta de apego. Para Bowlby (1969), el desarrollo de un apego específico implica un atributo estable y persistente de una persona hacia otra. Esto significa que el vínculo de apego es una motivación estable en el tiempo, la que no

es anulada por determinadas situaciones (es decir, que es una motivación intrínseca). Por otra parte, la conducta de apego tiene un rasgo de ser contexto-dependiente, en el sentido de que si el infante no encuentra regulación de parte de su figura principal de apego, puede desplegar y señalar protección hacia otra persona (conocida). Esto implica que el apego solo se activa y desarrolla con pocas personas significativas, las que tienen las características de ser estables, continuas y específicas. A este concepto de especificidad hacia pocas personas, Bowlby le llamó monotropía (lo que indica que el infante desarrolla vínculos selectivos de apego con a lo más tres personas, (Bowlby, 1969). Por lo tanto, la T.A es un intento de explicar el proceso de formación, mantenimiento (y ruptura) del vínculo de apego, como un sistema de motivación intrínseca hacia la búsqueda de seguridad emocional, al buscar protección y regulación en momentos de estrés (Bowlby, 1988). Para comprender este sistema de motivación intrínseca de un modo mas acabado, es necesario comprender lo que es un Sistema Conductual de Apego (S.C.A).

En el primer libro de su trilogía, Bowlby (1969) conceptualiza el apego como un *sistema conductual* utilizando la analogía de un sistema fisiológico organizado homeostáticamente, que actúa con el objetivo de mantener determinados niveles fisiológicos dentro de rangos compatibles con la vida. Bajo esta mirada, el apego es el sistema que los humanos (y otros mamíferos) han desarrollado para mantener la sobrevivencia, sobre la base del establecimiento de vínculos emocionales intensos entre los seres vivos (Lecannelier, 2013a). Basado en las nociones de la Psicología Cognitiva, Bowlby entendió el S.C.A como un sistema homeostático cibernético con corrección de fines, donde las señalizaciones externas e internas van entregando retroalimentación del mantenimiento de la proximidad/exploración del infante en relación a un número reducido de cuidadores, dentro de límites compatibles con la supervivencia.

Más específicamente, el S.C.A posee ciertas características que son esenciales para comprender la función y dinámica del apego (Bowlby, 1969, 1973): 1) *Es un sistema de conductas específicas de la especie*, desarrollado por la evolución para asegurar la sobrevivencia del individuo. Es decir, es un sistema que ha evolucionado para aumentar la probabilidad de la ocurrencia de ciertas conductas que se activan en situaciones de peligro y estrés, las que en el caso del ser humano implican protección y regulación de la homeostasis biopsicosocial. Esto implica que el apego es uno de los sistemas organizadores de la conducta y mente humana; 2) Al ser un sistema específico de la especie, implica que *posee una dinámica y motivación intrínseca a la biología del ser humano*. Esto conllevó a un cambio en las nociones tradicionales sobre el vínculo materno-filial al concebir el apego, no como el sub-producto o epifenómeno de procesos tales como la alimentación u otras pulsiones biológicas. Para Bowlby, el apego no depende de procesos de reforzamiento positivo o negativo, o de tendencias reductoras de pulsiones, sino que es una motivación intrínseca por si misma. Los clásicos experimentos de Harry Harlow en monos Rhesus (Harlow, 1958) y los estudios actuales de infantes en condiciones de extremo riesgo (McCall et al., 2011) confirmaron que, aún en momentos de privación de necesidades básicas, el niño suele buscar y preferir el lazo con un adulto; 3) El S.C.A es una *organización interna de conductas de apego con un amplio y variado repertorio de conductas de apego*. Este es un rasgo distintivo del vínculo de apego, y que permite hacer una diferencia con los modelos clásicos del vínculo temprano. El apego no se evalúa ni se define de acuerdo a la presencia de conductas aisladas, sino que posee un patrón organizador complejo, donde la meta biopsicosocial es la búsqueda de proximidad, protección, y seguridad. Es decir, que el apego no es la suma de sus conductas de apego, sino que es un sistema organizado y flexible adaptado al ambiente con meta de sobrevivencia a través del establecimiento de

lazos estables y continuos con otro ser humano. En el año 1977, dos importantes investigadores publican un artículo que viene a aclarar y demostrar el funcionamiento de los S.C.A (Sroufe & Waters, 1977). Ellos demuestran que una determinada conducta de apego puede servir a un fin en un determinado contexto, y otro fin en otro. Por ejemplo, la sonrisa de un infante puede tener el fin de señalar proximidad de parte de un adulto, pero en otros contextos puede ser una estrategia para evitar malos tratos. Por ende, para estos autores el sistema de apego no puede ser evaluado y comprendido de un modo conductista (sobre la base de conductas individuales), sino que como un sistema complejo coherente que expresa un patrón estratégico para vincularse a los otros, de modo de maximizar las probabilidades de defensa frente a las amenazas, el peligro y el estrés. Desde este punto de vista, el S.C.A tiene una continuidad y coherencia a través del tiempo, al operar como un sistema complejo que organiza sus procesos conductuales, emocionales, representacionales y sociales de un modo organizado (Lecannelier, 2013a); 4) finalmente, y tal como se mencionó, el *S.C.A opera bajo un principio cibernético de corrección de fines*. Por ejemplo, si en una situación determinada, un infante se siente en peligro y/o en estrés, su S.C.A se activa, ya que se ha producido un desequilibrio del sistema homeostático (también se dice que se ha “activado el apego y desactivada la exploración”). Este desequilibrio moviliza al infante a restablecer sus niveles de seguridad emocional, desplegando conductas de apego (buscar al cuidador, aproximarse, llorar, etc.). Si el contacto y regulación se logran, el S.C.A se desactiva, y los niveles homeostáticos vuelven a sus valores normativos (se desactiva el apego y se activa la exploración”). Para aumentar las probabilidades de éxito de la meta del apego, el sistema debe ser flexible en términos de la adaptación a las diversas señales del ambiente. Esta flexibilidad es lograda gracias al sistema cibernético, que va corrigiendo y dando información (entregando feed-back) sobre la

probabilidad de éxito. Para Bowlby (1969), las condiciones que activan el sistema de apego pueden ser internas (malestar físico, emociones negativas, imágenes de peligro, etc.), o externas (el alejamiento de la figura de apego, eventos estresantes peligrosos por sí mismo, presencia de un extraño, etc.). En sus últimas publicaciones, Bowlby (1988) plantea que evidentemente este S.C.A se encuentra organizado cerebralmente (Schoore, 2013). Del mismo modo, esta aseveración permite comprender el sistema de apego, no como un sistema que busca estar “pegado” al adulto, sino que mas bien es un equilibrio entre dos sub-sistemas: el de apego (que se activa con el estrés), y el sistema de exploración (que se activa sin estrés), como dos caras de la misma moneda.

### 2.3. La función evolucionista del apego.

Se ha planteado que una de las principales inspiraciones que Bowlby tuvo para comprender la función del apego en la vida humana, se relacionó a su función adaptativa a través de la evolución de los mamíferos: “La mayoría de las perspectivas piensan la emoción de miedo como escapar de algo. Pero existe otro punto de vista a esto. Nosotros (los seres humanos) corremos hacia alguien...usualmente hacia otra persona...Esto es impresionantemente obvio, pero creo que es una nueva idea, y muy revolucionaria! (citado en Hesse & Main, 2000).

Esta inspiración de Bowlby, plantea que, a diferencia de otros animales que suelen correr, escapar, esconderse, volar, los seres humanos han desarrollado durante miles y de millones de años, la estrategia de acudir hacia otros seres humanos para protegerse. Para explicar esto, Bowlby acuña el concepto de “Ambiente de Adaptación Evolucionista (A.A.E) (1969)”. Este ambiente representa para Bowlby, el periodo de emergencia del Homo Sapiens (periodo del Pleistoceno) hace 150-10 mil años, donde los seres humanos vivían un estilo de cazadores-recolectores. En ese periodo, las condiciones de

sobrevivencia estaban supeditadas al estilo hiper-social del humano (Hrdy, 2009), donde las crías que se “apegaban” con mayor intensidad a sus cuidadores, presentaban mayor probabilidad de sobrevivencia frente a las amenazas. Es decir, que la conducta de apego y la evolución del S.C.A fue un rasgo adaptativo que se empezó a transmitir a través de las generaciones. La selección natural de conductas de apego favorecieron a aquellas crías que estaban más próximas a sus cuidadores, y por ende, se convirtió en un rasgo adaptativo del ser humano, al llegar estas crías a la etapa reproductiva y transmitir sus genes a la próxima generación (Simpson & Belsky, 2016). El A.A.E era por ende, el ambiente esperable para el desarrollo del bebé humano, debido a que fue el ambiente que dio origen a nuestra especie<sup>1</sup>. Al adoptar esta perspectiva evolucionista, Bowlby (al igual que muchos otros investigadores actuales de diversas disciplinas) fue uno de los pioneros en poner en el centro de la comprensión del ser humano, el estudio de la evolución como condición sine qua non del estudio del desarrollo humano. Pero más aún, bajo esta perspectiva, posiciona a los vínculos de apego en un lugar privilegiado dentro de los rasgos esencialmente humanos. Puesto de otro modo, la T.A no es solo una teoría que tiene un fundamento evolucionista, sino que es una teoría explicativa sobre la evolución humana (Lecannelier, 2003; 2013a). Tal como lo explicita (Bowlby, 1968): “...los sistemas conductuales se desarrollan dentro del infante como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolucionista, y especialmente en la interacción con su figura principal, en ese ambiente específico, es decir, su madre” (pp. 180-181)

Desde los planteamientos evolucionistas de Bowlby, el avance sobre la evolución de los rasgos humanos ha avanzado de modo vertiginoso, en todos los niveles de la acción

---

<sup>1</sup> Para una reformulación y actualización de los aportes del concepto de A.A.E para la comprensión de la evolución y desarrollo de la infancia, tanto a nivel biológico, psicológico y social, ver Narvaez, Panksepp, Schore & Gleason, 2013).

humana. La comprensión de la evolución del ser humano es actualmente un requisito imprescindible para su explicación e intervención (Simpson & Belsky, 2016).

Uno de los avances en este respecto, se relaciona a las reformulaciones a la Teoría de la Evolución de Charles Darwin bajo el nombre de “Nueva Síntesis” (Mayr & Provine, 1980) que postula, entre varios aportes, el concepto de “eficacia inclusiva” (evolución como un proceso de traspasar los genes a la generación siguiente). Esta idea pone el acento en la maximización de la eficacia reproductiva como mecanismo de traspaso, más allá de la idea de supervivencia del más apto (Dawkins, 1976; Hamilton, 1964). Esta reformulación alcanzó algunas propuestas nuevas en la T.A, al concebir el apego a través del ciclo vital como una estrategia evolutiva para aumentar la protección de un infante “desamparado”, y así aumentar la eficacia reproductiva en un “adulto reproductivo” (Simpson, 1999). Más aún, desde estas propuestas, los estilos de apego no tendrían una mayor o menor adaptación, sino que más bien expresan diferentes estrategias para promover la eficacia reproductiva. Tal como lo clarifica Jay Belsky (1999): “Lo que el análisis debe dejar en claro, es que la conducta de apego no hubiera evolucionado si solo hubiera funcionado para proteger al niño, y por ende, promover la supervivencia, porque ésta per se no es el objetivo de la selección natural. Así, a menos que la supervivencia aumente la eficacia reproductiva de los infantes humanos ancestrales, no hubieran existido presiones evolutivas suficientes para que el apego evolucione” (p. 141). Y más aún, sostiene que “...seguridad e inseguridad (del apego) pueden ser igualmente naturales y condiciones típicas de la especie, en cual caso tiene poco sentido evolutivo concebir un patrón de apego desarrollado en la sensibilidad materna como primario, y los otros desarrollados por la insensibilidad, como secundarios...el patrón seguro y los patrones inseguros evolucionaron por la misma razón, promover la eficacia reproductiva” (p. 145).



Propuestas acordes a estas posturas han llegado desde la Antropología, donde la reconocida científica Sarah Blehar Hrdy (2009) ha planteado que los estilos de apego del tipo inseguro promueven diferentes tipos de estrategias no menos adaptativas que aquellos de tipo seguro. Su hipótesis proviene del sentido adaptativo que puede generar en un estilo inseguro, el aprender a enfrentar condiciones adversas y estresantes, y por ende, estar mejor preparados para la adversidad.

Los últimos avances en la función evolucionista del apego han retomado el concepto de A.A.E, pero integrándolo con los nuevos avances en neurociencia interpersonal del desarrollo (Schore, 2013), evolución de las estrategias del cerebro emocional, entre las que se cuenta el sistema de cuidado (Gunnar & Cheatham, 2003), y en el funcionamiento de neuropeptidos como la Oxitocina y Vasopresina (Cartes & Porges, 2013), y las reformulaciones y evidencias actuales en las practicas de crianza asociadas al A.E.E, asociadas a la crianza en el mundo moderno (Lecannelier, 2016).

#### 2.4. La meta del apego.

Aunque para Bowlby, el objetivo o meta del sistema cibernético del apego era la búsqueda de proximidad y confort por parte de una figura principal, las nociones sobre cuál es específicamente esta meta ha ido variando a través de los años, incluso dentro los propios planteamientos de Bowlby (1969, 1973).

La primera propuesta consistió en plantear que la meta del sistema de apego era la búsqueda de proximidad física con un cuidador específico y preferido (Bowlby, 1969). Las observaciones de que el sistema de apego se activa en momentos de separación, y se desactiva en momentos de reunión, llevaron a la conclusión que el propósito del apego era la búsqueda de cercanía física. Observaciones posteriores confirmaron que esta propuesta era extremadamente simple para dar cuenta de la complejidad humana

del sistema de apego, pero Bowlby no tenía una noción de cómo ir más allá, por lo que fueron las observaciones de Mary Ainsworth las que permitieron dar una respuesta más acabada y completa (Kobak, 1999).

Las observaciones sobre las diferencias individuales en el sistema de apego, condujeron a Ainsworth a una conclusión diferente de la Bowlby. El razonamiento de esta investigadora fue muy simple, pero clarificador: si la búsqueda de la proximidad física fuera la meta del apego, entonces todos los infantes reaccionarían del mismo modo frente a los dos episodios de separación y reunión del Procedimiento de la Situación Extraña (P.S.E)<sup>2</sup>. Pero tanto las observaciones naturalistas como de laboratorio, mostraron claras diferencias individuales en los infantes. Esto condujo a Ainsworth a la conclusión de que, más que la disponibilidad física, la meta del apego estaba relacionada a la *evaluación de la disponibilidad* del cuidador en momentos de estrés, y esta evaluación se expresaba a través de expectativas mentales del infante sobre cómo los adultos podrían reaccionar con él (Ainsworth et al., 1978). Otro argumento en contra de la meta de la disponibilidad física que propuso Ainsworth, estaba relacionado al desarrollo mismo del sistema de apego. Los infantes van progresivamente experimentando mayores periodos de separación frente al cuidador, lo que indica que la presencia física va cobrando menos preponderancia, lo que se contradice con lo propuesta por Bowlby. Sin embargo, a pesar de esta reformulación, Bowlby incorpora la idea de “expectativas mentales” para refinar y complejizar en el segundo volumen de su trilogía, la noción de meta del apego.

En la Separación Afectiva (1973), este autor propone dos metas para el sistema de apego: la *accesibilidad del cuidador* y la *capacidad de éste para responder al estrés* del niño. Es decir, que ya no basta que el cuidador esté físicamente disponible, sino que

---

<sup>2</sup> En la sección dedicada las diferencias individuales en el apego, se explicará con detalle el P.S.E.

debe estar disponible y ser capaz de contenerlo en momentos de estrés (ya que un cuidador puede estar físicamente presente, pero emocionalmente ausente). Posteriormente, incorpora el proceso cognitivo a estas dos metas, y los integra en un solo concepto: la disponibilidad (availability). La disponibilidad implica la expectativa o evaluación de que el cuidador estará disponible en momentos de estrés. Dada la función de protección frente a la amenaza del sistema de apego, la expectativa de ser regulado en momentos de estrés, se convierte en la fuente de seguridad y confianza hacia el cuidador, y posteriormente hacia el mundo. Esta idea sentará las bases, no solo para comprender el efecto del apego en el desarrollo y la salud mental, sino que será un foco central de las intervenciones basadas en el fomento del apego.

En los años siguientes, algunos autores especificaron en mayor medida el concepto de disponibilidad, al formular la idea de la “seguridad sentida” como meta principal del sistema de apego. Integrando la evidencia sobre los procesos emocionales tempranos, se plantea que la búsqueda de proximidad depende de la evaluación que hace el infante de una variedad de parámetros internos y externos, que se materializan en una experiencia subjetiva y visceral que opera en un continuo de seguridad-inseguridad (Sroufe, 1996; Lecannelier, 2016).

## 2.5.-Los Modelos Internos de Trabajo (M.I.T).

Los conceptos iniciales de Bowlby-Ainsworth fueron altamente cuestionados por el Psicoanálisis, al ser considerados excesivamente conductistas. El concepto de Modelos Internos de Trabajo (Internal Working Models) permitió trascender el plano de la conducta al dominio de lo representacional, y junto a eso, proporcionar un mecanismo explicativo y científico del legado del apego temprano.

Algunos autores contemporáneos han planteado que, considerando las influencias psicoanalíticas de Bowlby, el mundo representacional debía estar incorporado en su corpus teórico (Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990; Marrone, 2001). Sin embargo, la principal influencia provino de una persona que podría considerarse opuesta al ala psicoanalítica: el cognitivista y uno de los pioneros de la Inteligencia Artificial Kenneth Craik (1943). En términos sintéticos, la propuesta de este cognitivista era la siguiente: Los organismos que podían ser capaces de elaborar modelos internos dinámicos de su ambiente estaban en mayor ventaja evolutiva en relación a otras especies, debido a que esos modelos mentales permitían anticipar diversos cursos de acción con fines de sobrevivencia, y así, utilizar el conocimiento pasado para actuar en el presente y futuro, y de ese modo, desplegar estrategias más flexibles para operar en la realidad. Esto implica, que los modelos mentales de la realidad representan una especie de “modelo a pequeña escala” de los aspectos o fragmentos de la realidad, de modo de poder realizar sus funciones de anticipación, diversidad de alternativas, y flexibilidad adaptativa. De acuerdo a esta idea, Bowlby reformula el término bajo el concepto de “Modelos Internos de Trabajo” (MIT) de acuerdo a las propuestas de Craik, diferenciándose de los conceptos clásicos de la psicología cognitiva (tales como imagen o mapa). Esta diferenciación fue, en primer lugar, a que considera que es un constructo que refleja una interacción más dinámica y activa entre los procesos mentales (y no solo unidades estáticas). En segundo lugar, es un concepto que implica que estos mapas de la realidad realizan la función de predicción y anticipación del futuro, al testear diversos cursos de acción, generando un mayor valor evolutivo a la conducta y mente humana. Más aún, dado que el ambiente evolutivo esperable del infante humano es el espacio de relaciones de apego con los

cuidadores específicos, entonces son estas relaciones de apego las que cimentan el operar y desarrollo de estos M.I.T.

Considerando el hecho, de que este constructo es una piedra angular de los planteamientos de la T.A, es que se articularán de un modo más preciso sus características principales (Bowlby, 1969; Bretherton, Ridgeway & Cassidy; Bretherton & Munholland, 1999; 2016; Thompson, 1999): 1) se podrían considerar como “*modelos epistémicos*”, o modelos de conocimiento del mundo, del sí-mismo, de los otros, y del pasado-presente-futuro. Por ende, es un mapa de todos los aspectos del vivir de la persona; 2) poseen una *complementariedad si-mismo/otros*, lo que implica que la representación que el infante desarrolla de sus figuras de apego deben ser coherentes con las que configura sobre su sí-mismo. Por ejemplo, si el infante siente que sus otros significativos no son disponibles, afectuosos, o indiferentes, esto se complementa con una noción del niño como un ser poco querible, devaluándose a sí mismo. Lo mismo ocurre en el caso de la visión del mundo, donde tomando el ejemplo anterior, el mundo es concebido como un lugar donde los otros no lo protegerán, y por ende, el debe valérselas por sí mismo (autonomía compulsiva). Entonces, los MIT son diferentes caras de una misma moneda, donde el niño va desarrollando un patrón representacional más o menos adaptativo y coherente para lidiar con el vínculo con los otros (y consigo mismo) (Lecannelier, 2016); 3) los M.I.T al tener una función dinámica, se van desarrollando y complejizando a través del ciclo vital, por lo que en cada etapa del desarrollo, diferentes funciones y mecanismos van operando en el proceso de estructuración de los patrones de apego, a través de todo el ciclo vital. Tal como lo plantea Ross Thompson (1999):

“En resumen, diferentes facetas de los M.I.T (expectativas sociales, memoria, autobiografía) no solo tienen diferentes temporalidades del desarrollo, sino que quizás también diversos periodos de influencia crítica (p. 168).

3) un punto interesante (y muy actual dentro de la psicología), hacer referencia a la relación entre *continuidad/discontinuidad* de los M.I.T, como dinámica propia del desarrollo de la persona. Es decir, que cada persona opera bajo una lógica y equilibrio de continuidad, que le permite al sí-mismo “seguir siendo el que es”, pero a su vez de discontinuidad, que le posibilita el cambio y la adaptación a nuevas experiencias (especialmente aquellas estresantes). Esta noción es muy similar a las propuestas de las Ciencias de la Complejidad, en el sentido que un sistema debe operar “entre el orden y el caos” (Mitchell, 2009; Lecannelier, 2013a) para mantener una continuidad y coherencia a través de la vida (orden), pero siendo capaz de asimilar de un modo flexible nuevas experiencias y desafíos (caos), todo con el objetivo de establecer una coherencia vincular que permite el mantenimiento de una homeostasis en la vida (Lecannelier, 2013). Sin embargo, no todas las etapas del ciclo vital posibilitan el mismo nivel de flexibilidad en el cambio, y Bowlby (1973) propuso el concepto de “Hipótesis de la sensibilidad del ambiente” (similar al concepto de entropía), donde la organización del apego es más sensible a cambios en el cuidado en las etapas tempranas, y va rigidizándose (haciéndose mas resistente al cambio) en las etapas posteriores. De ese modo, se va gestando una personalidad en el sujeto, buscando ser el mismo a través del tiempo, mientras va asimilando el cambio. Esta hipótesis ha sido confirmada en estudios que muestran que evaluando el patrón de apego en infantes de 12 meses, y posteriormente a los 36 meses, se pueden observar modificaciones de seguro a inseguro, y viceversa (debido a cambios en las condiciones vinculares de los cuidadores), pero en la edad adulta este cambio solo se identifica a través de varios

años, demostrando que a mayor edad, mayor resistencia a los cambios vinculares y representacionales (Crowell, Treboux, & Waters, 2002; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005); 4) Bowlby (1985) propone que los M.I.T operan bajo *procesos defensivos de exclusión de la información*. En una de sus últimas publicaciones, este autor publica (sorprendentemente) un capítulo titulado “Saber lo que se supone que no debes saber y sentir lo que se supone que no debes sentir”, en un libro dedicado a la Psicología Cognitiva y la Psicoterapia (Mahoney & Freeman, 1985). Manteniendo el argumento de que los episodios (adversos) de la infancia son reales, y no el producto de la fantasía, Bowlby propone que la exclusión de información adversa para el mantenimiento de la coherencia vincular con las figuras de apego, es un mecanismo necesario de adaptación. Estos mecanismos de autoprotección no radican en procesos inconscientes, sino más bien en la dinámica cognitiva de los niveles de integración de los diferentes tipos de memoria que posee la mente humana (procedural, semántica y episódica). Por ejemplo, una persona puede relatar que la relación con su madre era muy cariñosa, protectora, e incondicional (memoria semántica), pero no ser capaz de relatar memorias específicas de eventos donde ella fuese así (memoria episódica). Entonces, cuando los eventos estresantes ponen en peligro la coherencia de los patrones vinculares, la persona excluye información a través de procesos cognitivos relacionados a la integración de sus sistemas de memoria (Crittenden, 1999). Este proceso de exclusión puede desarrollar diferentes sistemas representacionales de apego, donde el sujeto es incapaz de integrar lo sucedido como evento real en su infancia, con lo recordado o representado.

Finalmente, y realizando una evaluación general de la propuesta de Bowlby, sobre los M.I.T, las deliberaciones son variadas. Algunos proponen que es un concepto del tipo “all to nothing”, es decir que “abarca mucho, pero especifica poco” (Rutter, 1997). Por

otro lado, avances actuales en las neurociencias y la psicología cognitiva han buscado minimizar esta crítica, proponiendo que los nuevos conceptos y evidencias neurobiológicas sobre los procesos mentales pueden ampliar y profundizar este concepto (Bretherton & Munholland, 2016).

Si se pudiera hacer una metáfora de que la T.A fuera un edificio, es válido plantear que John Bowlby construyó el andamiaje (pilares fundamentales) de esta propuesta. Esta estructura básica ha permanecido relativamente inmutable durante las últimas décadas (Lecannelier, 2009). Pero el edificio debía ser completado, o más bien dicho cimentado (es decir, ponerle cemento), y aquí es donde los aportes de Mary Ainsworth permitieron completar el edificio, desde una mirada empírica y observacional, específicamente, a través del estudio de las diferencias individuales en la infancia (los llamados patrones o estilos de apego) a través de una metodología válida confiable y estructurada, conocida como “Procedimiento de la Situación Extraña” (PSE). Los aportes empezaron de un modo productivo en la etapa de la infancia, prosiguieron a la edad adulta, volvieron a la etapa preescolar, aunque todavía hay vacíos en la etapa escolar (Kerns & Richardson, 2005). A pesar de ese vacío, la propuesta de los patrones de apego permitió a un sinnúmero de investigadores a través del hemisferio norte (y posteriormente, del sur) edificar y solidificar la T.A, relacionando los estilos de apego con una gran variedad de variables conductuales, sociales, psicológicas, culturales, y últimamente, psicofisiológicas, entregando un acopio de información empírica sobre el desarrollo del ser humano y la importancia de los vínculos tempranos, nunca antes visto en la psicología. Por ende, las diferencias individuales en el sistema de apego, no solo fue el motor de toda una línea de investigaciones (e investigadores) a través del mundo, sino que fue el arma de batalla de la teoría del apego durante décadas, en el mundo académico.



## 2.6. Diferencias individuales en el vínculo de apego: Los patrones de apego.

### 2.6.1. El Procedimiento de la Situación Extraña.

Gracias al legado teórico de Bowlby, los aportes de Mary Ainsworth empezaron a generar una serie de estudios empíricos para demostrar y validar sus propuestas. Así, desde la década de los setenta que muchos investigadores empezaron a utilizar la noción de patrones de apego para comprender la influencia de los vínculos tempranos, en una serie de procesos y mecanismos del desarrollo, tales como el desarrollo emocional, la autoestima, las capacidades cognitivas, la salud mental, el temperamento, la relación de pares, y otros (Sroufe et al., 2005). Estos estudios generaron un enfoque inevitable hacia la importancia de los aspectos metodológicos en la investigación. La diversidad de instrumentos para evaluar el apego a través del ciclo vital generó una potencia empírica insuperable al interior de las diversas áreas psicológicas (Solomon & George, 1999; 2016). Esta complejidad metodológica de la T.A tuvo tal auge, que muchos detractores llegaron a considerarla como una “metodolatría”. Independiente de la diversidad de opiniones, los aspectos metodológicos son considerados un aporte esencial dentro de esta propuesta, por lo que se considera importante realizar ciertas aclaraciones, antes de profundizar en el PSE, utilizado en uno de los estudios que comprenden esta tesis (Estudio 1). Las metodologías del apego se podrían considerar como un “continuo desde la observación hacia la representación” (Lecannelier, 2009, p. 55). En primer lugar, es imprescindible aclarar que un procedimiento de evaluación del apego, debe comprender en su metodología, alguna situación o dispositivo que active el estrés (es decir, que active el sistema de apego) (George & Solomon, 1999). Si el sistema de apego es un sistema de sobrevivencia en momentos de peligro y daño, entonces no es posible observarlo sino se dan esas condiciones. Teniendo en cuenta lo anterior, se ha planteado

que estos instrumentos de evaluación se dan en un continuo desde escalas observacionales durante la infancia (12 a 30 meses) donde el Procedimiento de la Situación Extraña es el Gold Standar, seguido por escalas observacionales con mayor nivel de complejidad en la edad preescolar (Oppenheim, 2006), junto con escalas que combinan lo observacional con medidas narrativas (escalas de completación de historias o “story Stem a través del uso de muñecos (Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990). Ya en la edad escolar (desde los 6 a los 14), aunque se ha planteado que es el periodo menos fértil en términos metodológicos y teóricos (Kerns & Richardson, 2005), se sigue complejizando hacia el mundo representacional a través de entrevistas sobre aspectos presentes de las relaciones de apego con el padre y la madre (u algún otro cuidador alternativo), pero complementando con la observación de la conducta del niño durante la entrevista (Entrevista de Apego de Niños-CAI, Target, Fonagy, & Shmueli-Goetz, 2003). En la adolescencia se ha utilizado la entrevista anteriormente mencionada (hasta los 14 años), así como la Entrevista de Apego de Adultos (AAI, Hesse, 2016). Otros investigadores han elaborado procedimientos de observación, con separaciones prolongadas, discusión de ciertas temáticas con los padres, etc. (Hillburn-Cobb, 1996). Finalmente, en la edad adulta, el Gold Estándar es la Entrevista de Apego de Adultos (AAI), que consiste en una entrevista semi-estructurada donde se indagan diversos aspectos del pasado (principalmente), presentes y futuros de la persona (Hesse, 2016). Esta es una medida netamente representacional, en donde se busca evaluar el modelo representacional de apego de la persona, a través de la coherencia de su narrativa.

Debido a la importancia que tiene utilizar un instrumento tal como la PSE en el estudio 1, es que se articularán los aspectos centrales de su aplicación, validez y confiabilidad en esta sección teórica.

El Procedimiento de la Situación Extraña (PSE) ha jugado un rol central y organizador en el desarrollo de la T.A, debido principalmente a dos razones (Goldberg, 2000): 1) fue el primer instrumento valido y confiable para evaluar el vínculo de apego entre cuidadores e infantes, proporcionando una base empírica a los planteamientos teóricos de esta teoría; 2) sirvió de base e inspiración para un sinnúmero de metodologías de evaluación a través del ciclo vital.

El PSE es un procedimiento de laboratorio diseñado para evaluar el balance entre el sistema de apego y el sistema de exploración en infantes de 12 a 20 meses, bajo una secuencia de etapas de separación-reunión entre el niño y su cuidador, y entre el niño y una persona extraña, permitiendo ir activando progresivamente el estrés (Ainsworth et al., 1978). Es relevante remarcar que evalúa el estilo de apego del *niño*, no la conducta de cuidado del adulto. El instrumento arroja cuatro clasificaciones de apego, y ocho sub-clasificaciones.

Más específicamente, los episodios son:

- Episodio 1 (1 minuto): el experimentador dirige a la madre y al infante a una sala de doble espejo, donde se le explica a la madre donde sentarse, y se recuerdan algunas sugerencias dadas anteriormente.
- Episodio 2 (3 minutos): la madre se sienta en un extremo de la sala (al costado opuesto de la puerta), al otro extremo se encuentra la silla del extraño, y el bebé es posicionado al medio junto a algunos juguetes. Durante tres minutos se deja que el bebé explore libremente la sala, y se le solicita a la madre que deje explorar al niño (que no inicie el contacto), pero que si él se acerca a ella, que actúe como suele hacerlo.
- Episodio 3 (3 minutos): una persona extraña de sexo femenino entra a la sala, y se sienta. Durante el primer minuto, el extraño no debe dirigirse ni mirar a la

madre o al niño (haciendo como que lee una revista). En el segundo minuto, interactúa con la madre de forma cálida (por ejemplo, preguntándole por la edad o el nombre del infante). En el tercer minuto, el extraño se acerca al niño para intentar un juego con él, siempre respetando a lo que él estaba haciendo antes.

- Episodio 4 (3 minutos): el extraño señala a la madre que debe salir de la sala. El experimentador empieza paulatinamente a bajar la intensidad del juego, y se retira a su silla. Si el bebé no llora, el experimentador permanece sentado, haciendo como que lee algo. Si el bebé llora, el extraño debe hacer intentos de calmarlo. Si lo logra, debe volver a su asiento. Si no lo logra, se esperan unos segundos y se pide a la madre que regrese. En el momento de la reunión, el extraño debe asegurarse de no estar bloqueando el encuentro con la madre. Esto significa, que él no debe estar jugando con el bebé, o cargándolo en sus brazos.
- Episodio 5 (3 minutos): La madre vuelve a la sala y el extraño debe salir sin interrumpir ni bloquear el reencuentro. Las instrucciones para la madre es que lo calme del modo como suele generalmente hacerlo en la casa. Si el bebé se calma, la madre debe ponerlo en el suelo para que siga explorando. Como se verá posteriormente, este momento de reunión es esencial a la hora de evaluar el tipo de apego, ya que es el momento donde el sistema de apego está activado (hay presencia de estrés moderado), y se evalúa el patrón del infante para “usar” a su madre como protectora, reguladora y base segura. Después de tres minutos, la madre abandona nuevamente la sala.
- Episodio 6: (3 minutos): en este episodio, el bebé se queda solo en la sala. Si el bebé no llora, se esperan tres minutos. Si el bebé llora, se esperan unos 20-30 segundos, y se pasa al episodio 7.

- Episodio 7 (3 minutos): el extraño entra lentamente, hablando para señalar que viene. En el caso que el bebé esté llorando, el extraño debe tratar de calmarlo, y si se calma, debe ponerlo en el suelo e ir a sentarse. Si el bebé no llora, el extraño debe ir a su silla y leer su revista. Si el bebé llora de modo intenso, y el extraño no puede calmarlo, la madre debe entrar.
- Episodio 8 (3 minutos). Este episodio es determinante a la hora de clasificar el patrón de apego, ya que es la segunda reunión, y el nivel de estrés del infante es significativo. La consigna es la misma que en el episodio 5, donde la madre entra y trata de calmarlo como generalmente suele hacerlo. Pero a diferencia del episodio 5, la madre puede quedarse jugando con su hijo. Finalmente, el extraño entra a la sala, señalizando que el procedimiento ha finalizado.

A pesar de que este procedimiento de laboratorio es un dispositivo ordenado, que posee ciertas condiciones naturalistas de interacción adulto-infante, y que ha sido utilizado por más de treinta y cinco años en diversos lugares del mundo, y en poblaciones de distinta raza y origen, ha recibido algunas críticas dignas de ser mencionadas. Por ejemplo, la reconocida investigadora del desarrollo infantil, Tiffany Field ha planteado dos críticas relevantes (1990): en primer lugar la falta de realismo ecológico de la prueba. Tal como ella lo menciona “Aunque los bebés se quedan a veces solos con personas desconocidas, y las madres pueden ausentarse por ciertos periodos de tiempo, rara vez experimentan separaciones y encuentros con extraños durante tres minutos, y menos aún repetidos en espacios tan breves de tiempo” (Field, 1990, p.87). La segunda crítica se basa en la consigna de que como se le pide a las madres que les hablen a sus hijos solo lo necesario, eso resta espontaneidad a la relación, y más que eso le adiciona un componente de tensión en ellas, el cual los bebés perciben.

Sin embargo, los datos de confiabilidad y validez avalan el uso de esta prueba para la investigación sobre el vínculo temprano de apego entre cuidador e infante: a) el instrumento requiere un nivel de confiabilidad entre jueces del nivel de 85-90%; b) la estabilidad del instrumento es alta a corto plazo, pero va disminuyendo a través del tiempo (aunque ver Sroufe et al., 2005). La estabilidad en espacios de tiempo del orden de los 2 a 6 meses oscila entre el 50 y 96%, siendo los factores socio-económicos los que más afectan (Grossmann, Grossmann, & Zimmerman, 1999); b) se observó una alta similitud entre el comportamiento de los niños en la SE en relación al hogar (Ainsworth et al., 1978); c) la validez divergente es alta comparando la prueba con medidas tales como la autonomía, relación de pares, competencia social, desarrollo cognitivo, juego exploratorio, resolución de problemas, y niveles bajos de distracción (Sroufe, et al., 2005A; Weinfeld, Sroufe, & Egeland, 2000); d) en relación a la validez cultural, en estudios realizados en países tales como Israel, Kenia, Alemania, Italia, España, EEUU, Canadá, se ha encontrado proporciones similares en los diversos estilos de apego en muestras normativas (2 tercios de apego seguro, y un tercio entre apego evitante, ambivalente y desorganizado) (van Ijzendoorn & Sagi, 1999). No se han realizado investigaciones en Latinoamérica, siendo el estudio 1, el primero en realizarse con este instrumento. Sin embargo, evidentemente, la evidencia ha mostrado diferencias culturales en los diversos países, de acuerdo a los estilos de crianza, tiempo en la crianza, modos de regulación del estrés y otros. Por ejemplo, se ha encontrado que en Alemania existe una mayor tendencia a estilos evitantes (49%), y en Israel una mayor propensión a los patrones ambivalentes (23%). Un metaanálisis con una muestra de 2000 diadas en 8 países, confirmó la tendencia de apegos del tipo evitante en países de Europa del Este, y mayor estilo ambivalente en Japón e Israel (van Ijzendoorn & Kroonenburg, 1988). De todos modos, la tendencia a los dos tercios de apego seguro y

un tercio de apegos inseguros, se mantuvo, incluso en países no occidentales como Kenya, Mali, y Cape Town (McMahan, Pisan & Oumar, 2001; Tomlinson, Coope, & Murray, 2005). Nuevamente, se rescata el hecho que en Sudamérica no se han reportado estudios utilizando el PSE, con muestras significativas; d) por último en relación al apego con el padre y la madre, los datos muestran que no existe una relación significativa, demostrando que el vínculo es una relación esencialmente diádica (Solomon & George, 1999).

#### 2.6.2. Los patrones de apego en la infancia.

Como un modo de articular de un modo ordenado, pero a su vez profundo, se explicará cada patrón de apego de acuerdo a los siguientes criterios: a) Conducta general de apego en el PSE; b) sub-tipos de patrones de apego en cada estilo y; c) hipótesis psico-afectiva.

Antes de explicar estos patrones y sub-tipos es importante dar ciertas aclaraciones (Lecannelier, 2016): a) los estilos de apego no son categorías diagnósticas, y por ende, no deben ser utilizadas bajo ese fin. Esta nomenclatura surge más bien como un modo de categorizar las posibles formas de estrategias de vinculamiento, en el plano de la investigación, a saber, es una forma de operacionalizar el apego; b) aunque algunos autores del área clínica suelen usarlas como modo de comprensión del paciente, se debe tener en cuenta que esta es una nomenclatura que se refiere a un proceso que nos es estático ni inmutable a través del tiempo. Es decir, que tanto a nivel semántico como teórico sería erróneo mencionar que “la persona o el niño X tiene un apego seguro”. Por el contrario, las estrategias de apego son dinámicas, dependiendo de una variedad de variables internas y externas (Crittenden, 1999), donde cada individuo va oscilando a través de su trayectoria en diversos niveles de seguridad/inseguridad en el apego. Por

ende, más que decir que una persona *x* *tiene* un apego seguro, sería mas adecuado comprender que se “encuentra en un nivel determinado en su seguridad en el apego, en ese periodo X, bajo Y circunstancias” (Lecannelier, 2016). Aunque parezcan dos términos similares, uno es estático e inmutable, y el otro es dinámico y fluctuante.

En el marco del estudio 1 a presentar, los estilos de apego son (Ainsworth et al., 1978): Apego Seguro (B); Apego Inseguro Evitante (A); Apego Inseguro Ambivalente (C); Apego Desorganizado (D). La categorización de estos patrones se realiza de acuerdo a cuatro variables (proximidad, Mantenimiento del contacto, resistencia y evitación), en una escala de 1 a 7 puntos (ver descripción Estudio 1 para mayor claridad).

**a.- El Estilo Seguro (B).**

-Conducta general de apego a través del PSE: los infantes de este tipo suelen mostrar una actitud curiosa, pero precavida durante el episodio 2 (madre y bebé solos). Suele haber exploración, pero combinado con conductas de referencia social hacia el adulto cuidador. Se observa una propensión a un juego organizado, flexible y creativo. En el episodio 3 (presencia del extraño), la exploración puede disminuir (especialmente durante el primer minuto), y suelen estar mas cerca de la madre, y ser mas precavidos (debido a que el sistema de apego está empezando a activarse). En el segundo minuto, pueden explorar mas, y se observan mas relajados, y en el tercer minuto pueden organizar un juego adecuado con el extraño. En el episodio 4 (primera separación con madre), pueden existir diversas alternativas, dependiendo de la sub-categoría. Generalmente lloran y se estresan (lo que disminuye su exploración), pero otros infantes no lloran y prosiguen su juego exploratorio. En el episodio 5 (primera reunión con la madre), el bebé suele realizar algún despliegue de acercamiento o señalización hacia la madre. Dependiendo del sub-tipo, se observará el nivel de intensidad de este



señalamiento. Algunos se acercarán a sus madres llorando, otros interactuarán de lejos. En el episodio 6 (bebé solo), es probable que el bebé llore, solloce, o exprese algún nivel de estrés, señalizando el deseo que la madre vuelva. En el episodio 7 (regreso del extraño), suelen ser mas reticentes a ser calmados por el extraño (o querer jugar con él), debido a que el sistema de apego (estrés) se va activando progresivamente. En el episodio 8 (segunda reunión), el cuál es decidor a la hora de codificar el patrón de apego, se observa una conducta de alta proximidad y señalamiento hacia la madre con fines de regulación y contención del estrés. A diferencia de los estilos inseguros, los infantes B suelen calmarse con la madre, donde se observa un holding corporalmente relajado y tranquilo.

#### -Los sub-tipos de apego seguro.

Ainsworth y su equipo identificaron cuatro sub-tipos de este patrón de apego (B1, B2, B3, y B4). Para fines de una comprensión más clara, se podría decir que los sub-estilos B1 y B2 se encuentran más próximos al polo de los patrones evitantes (A), y los sub-tipos B3 y B4 mas cercanos al polo ambivalente (C).

Brevemente puesto, los sub-estilos se pueden articular de la siguiente forma: a) B1: Infantes activos y exploradores que suelen señalar y buscar a la madre, pero desde la distancia. No suelen mostrar mucho acercamiento hacia la madre, e incluso en los momentos de reunión, se observan señalamientos afectivos a la distancia (sin necesariamente ir directamente hacia ella, y sin mostrar el estrés a través del llanto). La diferencia entre un B1 y un A, es que los primeros interactúan positivamente con la madre, aunque sea a la distancia, o a través de una conducta menos intensa (los A1 no lo hacen); b) B2: Infantes activos, exploradores, no expresan mucho el estrés, no se aferran a la madre en los momentos de reunión, pero son mas intensos que los B1 en

señalizarles el estrés y la necesidad de proximidad; c) B3: Infantes mas activos e intensos en buscar a la madre en los momentos de reunión. Suelen llorar en los momentos de separación, pero a su vez, son muy directos en aproximarse al cuidador para ser regulado (proceso que resulta de un modo muy efectivo). El B3 es la categoría prototípica a la hora de explicar un apego seguro; d) B4: Bebés que suelen mantener una alta cercanía (y hasta aferramiento) hacia la madre, suelen ser recelosos y precavidos con el ambiente y el extraño, lloran con las separaciones, pero al final pueden calmarse con el cuidador. La diferencia con un C, es que aunque un B4 puede llorar y resistirse intensamente con la madre, al final es capaz de calmarse con la madre (los C no se calman).

Importante mencionar, que algunos autores suelen plantear que estas sub-categorías pueden deberse más bien a aspectos temperamentales que vinculares (Belsky & Rovine, 1987), aunque el debate no se ha zanjado del todo.

#### -Hipótesis psico-afectiva.

Los bebés seguros, ya a los 12 meses han experimentado un patrón de expectativas y experiencias (M.I.T), donde sus necesidades y reacciones de estrés han sido consistente y continuamente reguladas de un modo efectivo, así como sus señales de estrés han sido correctamente interpretadas. Esto les permite desarrollar un M.I.T basado en la confianza de que las figuras de apego estarán disponibles, responsivas y protectoras, y por ende, el bebé irá desarrollando un sentido emergente de seguridad y confianza emocional con sus cuidadores, y posteriormente con el mundo. Del mismo modo, debido a que sus emociones han sido adecuadamente interpretadas y validadas, los infantes confían en sus afectos, y por sobre todo, que sus reacciones pueden ser

expresadas de un modo adecuado (sin exagerarlas ni sobre-inhibirlas) para lograr una maximización del cuidado (Lecannelier, 2009).

#### **b.-El Estilo Inseguro Evitante (A)**

-Conducta general de apego a través del PSE: los bebés evitantes suelen presentar una actitud más bien exploradora e independiente, como si lo extraño y novedoso del lugar no los perturbara. En el episodio 2, exploran mucho concentrándose en algún juguete, sobre todo, lejos de la madre en una actitud como si “estuvieran solos en la sala”. En el episodio 3, pueden o ignorar completamente al extraño, o desplegar una conducta mas próxima hacia ellos, que a la madre (puede ser que el extraño sea otro “juguete” que le permite desfocalizarse del cuidador). En el episodio 4, los infantes siguen mostrando su conducta exploratoria, como si la madre no se hubiera ido. Durante la primera reunión (episodio 5), no suelen señalar conductas hacia la madre (no les sonrén, o se acercan, o las buscan). Generalmente, los episodios 6, 7 y 8, transcurre siempre lo mismo, donde el infante despliega una actitud hiper-exploradora, autónoma e indiferente hacia la madre. En algunas ocasiones (por ejemplo, episodio 7), algunos niños pueden ser mas activos en interactuar con el extraño que con la madre.

-Los sub-tipos de apego Inseguro Evitante; Se han identificado dos sub-tipos (A1 y A2):  
a) los A1 es el prototípico estilo evitante, al no mostrar ninguna o muy poca señalización emocional hacia la madre. No hay una actitud de interés en ella (es como que quisiera evitarla de un modo voluntario), se suele mantener alejado, y despliega conductas autónomas y exploradoras; b) A2: esta sub-clasificación suele expresar emociones mixtas y contradictorias entre acercarse y alejarse. Debido a lo anterior, la indiferencia y evitación no es tan marcada (como un A1), sino que pueden observarse conductas donde el bebé mira y expresa emociones hacia la madre (puede sollozar),

pero que son seguidas de conductas evitativas hacia ella. Así mismo, pueden recibir contacto físico y contención, pero rápidamente piden ser puestos en el suelo.

-Hipótesis psico-afectiva: Estudios sobre las reacciones fisiológicas y psiconeuroinmunológicas (cortisol) de los infantes en el PSE han demostrado que este tipo de patrón suele presentar una respuesta de estrés y alta frecuencia cardíaca, tanto en la separación como en la reunión (Barnard & Dozier, 2010; Sroufe & Waters, 1977). Esto indica que estos infantes no son indiferentes al contacto y a la madre, sino que su M.I.T sigue un guión basado en no expresar afectos, apego y estrés. Aunque pueda parecer ilógica esta conducta, se ha planteado que es una estrategia que el niño ha desarrollado para maximizar el apego (es decir, aumentar la atención y el vínculo en los momentos de tranquilidad, autonomía y lejanía), y a su vez, minimizar el estrés a través de la sobre-focalización en los objetos y actividad (Lecannelier, 2016). Esta estrategia es el resultado de un estilo de cuidado, donde el estrés, la expresión de emociones y la intimidad afectiva suelen ser desfocalizadas, mal-tratadas, o simplemente ignoradas por parte de los cuidadores. Por ende, ya a los 12 meses, estos infantes han ido desarrollando un M.I.T basado en la desconfianza, autonomía y el sentido de no ser queridos y aceptados en sus necesidades de apego. Más aún, ya que las reacciones de estrés y emociones negativas no pueden ser expresadas, el infante aprende tempranamente a no expresarlas (y posteriormente con dificultades para sentirlas). Tal como lo expresaron Ainsworth y Bowlby (1991): “lo que no puede ser comunicado a la madre, no puede ser comunicado al sí mismo” (p.338)

**c.- El Estilo Inseguro Ambivalente (C).**

-Conducta general de apego a través del PSE: En casi todos los aspectos, los bebés C son lo opuesto a los infantes A. Llegan a la sala con una actitud y expresión facial de recelo, desconfianza y a veces miedo hacia el ambiente. Debido a lo anterior, ya en el episodio 2 suelen estar muy cerca o aferrados a la madre. Al tener el apego ya activado en este episodio, su juego (y exploración) es muy pasivo, pobre y poco flexible. Así mismo, tienden a un constante monitoreo y atención ansiosa hacia la madre. En el episodio 3, la presencia del extraño solo aumenta más el nivel de estrés, desconfianza y ansiedad (con el resultado que se aferran más a la madre). Suelen no interactuar con el extraño, y hasta despliegan conductas de rechazo hacia ella. El episodio 4 activa más el estrés, desplegando un llanto excesivo, conductas de ir hacia la puerta a buscar a su cuidador. Del mismo modo, rechazan cualquier contacto y juego con el extraño. En el episodio 5, los niños suelen aferrarse a su madre, no la quieren soltar, y se resisten a ser puestos en el suelo (la exploración es nula). Sus reacciones emocionales denotan rabia y frustración, las que se expresan en pataletas, tirar objetos, y adoptar una postura corporal rígida y atenta. Si el bebé es tomado en brazos, despliega lo que se conoce como una conducta de “resistencia”, donde por un lado cuando es abrazado, se resiste, aleja los brazos del cuerpo de la madre, arquea su cuerpo, y adopta un tono corporal rígido. Pero cuando la madre intenta dejarlo en el suelo, el infante se enoja, llora y demanda ser tomado nuevamente en sus brazos. Ambos tipos de conducta aumentan más la frustración del niño, y por ende, no puede ser calmado de un modo exitoso. A un nivel de micro-observación, pareciera que los intentos de la madre en calmarlo, suelen frustrar aún más al niño. El episodio 6 suele ser breve, ya que el bebé llora y se enoja de un modo intenso, denotando estar en un estado de descontrol emocional. El episodio 7 también suele ser breve, ya que el infante rechaza cualquier contacto con el extraño. En

la segunda reunión (episodio 8), las conductas de aferramiento, frustración y resistencia se amplifican, y por ende, a la madre le es más difícil poder regularlo de un modo adecuado, finalizando el procedimiento con un infante muy agitado y frustrado. En términos de micro-observación, suele darse que el observador registra que el infante está exagerando sus expresiones emocionales negativas.

-Los sub-tipos de apego Inseguro Ambivalente: Al igual que los estilos A, los estilos C tienen dos sub-tipos: a) C1: representa la descripción típica (desarrollada en el punto anterior) de los estilos ambivalentes. Es decir, conductas de aferramiento, llanto, nula exploración, ansiedad, y por sobre todo, una conducta ambivalente/resistente entre querer ser calmado por un lado, pero resistirse a esa misma acción; C2: el rasgo distintivo del C2 (a diferencia del C1) es su pasividad. Los infantes C2 tienden a explorar poco, pero más aún, la conducta de búsqueda y aferramiento hacia la madre está disminuida y limitada. En general, los C2 suelen expresar el estrés a través del llanto, pero más bien esperan que sea la madre la que acuda, y por ende, despliegan poca iniciativa en buscarlas, quedándose acostados en el suelo llorando o quejándose.

-Hipótesis psico-afectiva: al observar a los niños con apego seguro, se distingue el despliegue de una estrategia fluida de vinculamiento con la figura de apego. Debido a que la conducta de los cuidadores tiende a ser continua y predecible, hay una facilidad y organización en el uso de ellos para regular el estrés. Esto evidencia una organización vincular consistente, lo que conlleva a que los niños parecieran no necesitar tanta energía para la planificación y expresión de estrategias para maximizar el apego. Por otro lado, si el niño no puede predecir la conducta de sus cuidadores, debido a que esta es o muy ansiosa, o cambiante, o impredecible, entonces debe utilizar una estrategia que

maximice esta incertidumbre e impredecibilidad. La frustración es la emoción que subyace a esta dificultad, y la exageración de los afectos negativos, el aferramiento, y la hipervigilancia, parecieran ser la estrategia para maximizar el apego (Crittenden, 1995). Puesto de un modo más simple, el infante aprende que solo aferrándose, llorando y siendo disruptivo es que aumente la probabilidad de que la conducta del cuidador sea mas predecible, debido al hecho que son conductas externalizantes y que el cuidador detecta con mas facilidad, viéndose forzado a realizar acciones mas coherentes.

#### **d.- El Estilo Desorganizado (D).**

El estilo D no fue descubierto por Ainsworth y su equipo, sino que su detección surgió a fines de los años ochenta por Mary Main y George Solomon (1990), al detectar que alrededor de un 10% de los casos que observaban en el PSE no podían ser categorizados en el sistema A-B-C (Sroufe & Waters, 1977). Este 10% de infantes, mostraban conductas que desafiaban la noción de un patrón organizado y coherente de apego, y se observaba preferentemente en casos de niños maltratados o de alto riesgo. Otros investigadores empezaron a observar que en poblaciones de niños maltratados, el modelo de Ainsworth no parecía coincidir con el tipo de conductas observadas en estos niños, ya que el patrón parecía ilógico, y las conductas hacia la madre eran conflictivas (Main & Weston, 1981). Posteriormente, Main & Solomon elaboraron una serie de criterios para identificar a estos niños “inclasificables”, que expresaban conductas bizarras, desorientadas y desorganizadas, en presencia del cuidador. La hipótesis explicativa que estos autores plantearon se relacionaba a que en estos niños, se desarrollaba una “paradoja vincular”, al ser las figuras de apego la fuente simultanea de protección y miedo de sus hijos, generando, a su vez, en ellos, una experiencia desorganizada de vivir en un “miedo sin solución”. Describieron a estos infantes bajo el

nombre de “desorganizados/desorientados” (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; Main & Solomon, 1990; Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999; 2011).

-Conducta general de apego a través del PSE: a diferencia de los estilos A, B y C, que evidencian un patrón organizado y consistente en sus estrategias de relacionamiento (el A evita, y el C se resiste), los infantes D durante sus primeros dos a tres años de vida no presentan, y son incapaces de mantener una estrategia consistente de vinculamiento. Descriptivamente, lo que se observa es una ruptura, quiebre, o carencia en el modo como organizan su sistema de apego con el cuidador. Esto implica que en el momento de la separación y reunión, o carecen de una forma coherente para reaccionar y regularse con la figura de apego, o la estrategia se inicia, pero se quiebra y por ende, falla en maximizar el apego. En ambos casos, el resultado es la expresión de una serie de conductas ilógicas, paradójicas y a veces, bizarras, que Main y Solomon han operacionalizado.

Entonces, el apego D no es un patrón en sí mismo, sino más bien un quiebre en una organización subyacente (que puede ser A, B, o C). Esto no significa que estos infantes presenten constantemente este tipo de conductas desorganizadas, sino que la estrategia subyacente no puede ser sostenida en momentos de estrés vincular (y debido a lo mismo, es que pueden clasificarse DB, DA, o DC). Es debido a lo anterior, que Main & Solomon (1990) elaboraron una serie de criterios observacionales para distinguir estos quiebres. Debido a lo extenso y complejo de estos criterios, es que solo se articularán de un modo sintético:

- *Expresión secuenciada de patrones conductuales contradictorios:* el infante despliega una conducta indicativa de proximidad o afecto hacia la madre, pero que seguidamente es cancelada por la expresión de conductas evitativas, de congelamiento, o desorientación.



- *Expresión simultánea de patrones conductuales contradictorios*: el infante puede expresar conductas de evitación simultáneas con conductas de búsqueda de proximidad y mantenimiento del contacto, o resistencia.
- *Movimientos y expresiones indirectas, incompletas e interrumpidas*: a) movimientos indirectos: el infante expresa su estrés, pero se aleja de la madre, o sigue al extraño, o cuando el extraño deja la sala, o se colapsa en el suelo, o mira a la madre con miedo, mientras la evita; b) movimientos incompletos: movimientos que se contradicen o se quiebran justo antes de terminar, como por ejemplo, un infante que realiza repetidos intentos de alejarse y acercarse, o que pareciera estar caminando lentamente contra la gravedad mientras se aproxima al cuidador, o movimientos muy enlentecidos; c) movimientos interrumpidos: indican cambios bruscos de afecto, tales como un infante que está muy tranquilo y estalla en llanto cuando la madre regresa, o un infante que se está aproximando a la madre, pero cae al suelo y se queda tendido en una postura “deprimida”.
- *Estereotipias, movimientos asimétricos, y “fuera de tiempo”, y posturas anómalas*: a) estereotipias: movimientos repetitivos de balanceo, tirarse las orejas, retorcerse el pelo, etc.: b) movimientos asimétricos: movimientos asimétricos en los intentos de aproximación al cuidador, tales como gatear de forma asimétrica o expresiones faciales asimétricas; c) posturas anómalas: movimientos bizarros, tales como estirar la cabeza (como un pollo), posturas colapsadas, o cualquier movimiento estereotipado fuera de contexto; d) movimientos fuera de tiempo: son movimientos que se observan como un “estallido” de actividad que no posee una secuencia de inicio, desarrollo y final claramente delimitada (actividades frenéticas o vocalizaciones bizarras).

- *Congelamiento (freezing), inmovilidad (Stilling), y movimientos y expresiones enlentecidas*: a) Congelamiento: es un claro signo de desorganización. Se le identifica como un movimiento paralizado que se realiza en contra de la gravedad; b) inmovilidad: es un movimiento de máxima quietud, pero no es contra la gravedad, donde el infante se queda mirando hacia el vacío con los brazos descansados. Ambos tipos suelen ir con expresiones faciales de trance; c) movimientos enlentecidos: movimientos letárgicos sin sentido ni orientación en relación al contexto (expresiones faciales perdidas, apáticas y deprimidas).
- *Índices directos de temor en relación a las figuras de apego*: se incluyen expresiones de miedo cuando el cuidador se aproxima, ponerse las manos en la cara, taparse la boca con la mano, alejarse de los cuidadores, esconderse de ellos, desplegar una conducta rígida y cautelosa con los padres, ofrecer objetos a la distancia, establecer una distancia inusual, y postura y atención hipervigilante.
- *Índices indirectos de desorganización o desorientación*: se incluyen indicadores de desorientación en el primero momento de la reunión.

-Los sub-tipos de apego Desorganizado/Desorientado: los estudios de desorganización empezaron en la infancia (12 a 24 meses). En esta etapa, los infantes despliegan algún o varias de las conductas anteriormente mencionadas. Posteriores investigaciones sobre el seguimiento de estos niños, han demostrado que en la etapa preescolar estos niños “organizan la desorganización”, presentando tipos controladores, cuidadores o desorganizados (Moss, St-Laurent & Parent, 1999). Dado que en el estudio 1 solo se evaluó la infancia, no se articulará ese tema.

-Hipótesis psico-afectiva: En la actualidad es uno de los debates al interior de la T.A. En primer lugar, se han planteado diversos modelos sobre el tipo de cuidado que suele

desorganizar un infante (para una revisión, ver Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffmann, 2010). Por otra parte, estudios psicobiológicos sobre la frecuencia cardíaca y los niveles de cortisol han demostrado que estos niños presentan graves desregulaciones en sus diferentes sistemas y mecanismos fisiológico, especialmente en los momentos de separación y reunión con la madre (Barnard & Dozier, 2010; Hertsgaard, Gunnar, Erickson, & Nachmias, 1995; Spangler & Grossmann, 1999). Psicológicamente hablando, y en concordancia con los estudios sobre lo que se conoce Trauma Complejo (Van der Kolk, 2014), se ha planteado que la vivencia de los infantes D se caracteriza por reacciones desreguladas de miedo, confusión, alerta y angustia. El infante se desorganiza en todos los niveles de funcionamiento, y por ende, la hiperactivación crónica del sistema de apego no le permite elaborar estrategias coherentes para maximizar el apego (Lecannelier, 2017). Debido a lo anterior, el niño queda en un estado (por el momento irresoluble) de desprotección, al ser los mismos cuidadores la fuente del estrés (Main & Hesse, 1990). Así mismo, se ha demostrado que debido a que el niño no puede anticipar, ni elaborar estrategias de apego, suele caer en estados disociados que tienen repercusiones en la adolescencia. Karlen Lyons-Ruth y su equipo (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008) demostró que la desorganización durante los primeros tres años predice conductas disociativas en la adolescencia, no así si la desorganización y trauma ocurre posterior a esa edad.

Finalmente, importante considerar los estudios de prevalencia de este tipo de apego, en concordancia con el objetivo del estudio 1 de esta tesis. Los resultados encontrados han arrojado que en poblaciones normativas (clase media, no clínica de EEUU), el 15% de los casos tienden a ser desorganizados. Si se analizan poblaciones de NSE bajo, la proporción aumenta a 25% (van Ijzendoorn & Sagi, 1999). En general, el patrón D muestra una estabilidad moderada a través del tiempo (lapso de 25 meses), donde los

NSE bajos muestran mas inestabilidad. Un estudio longitudinal demostró que el 25% de los casos remiten a los 7 años de edad (Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997). En poblaciones clínicas, la frecuencia de estilos D suele aumentar. Por ejemplo, en niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral y autismo, la proporción es de alrededor de un 35% (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2006). En madres con abuso de alcohol o sustancias, la proporción llega al 43%, y en poblaciones con maltrato y abuso, la frecuencia puede llegar al 48% (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2006) (aunque en otro estudio se encontró un 80% (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989). La proporción en el caso de padres con depresión es de 21%, y las madres adolescentes suelen mostrar una frecuencia del orden del 23% (Solomon & George, 2011). En infantes tempranamente institucionalizados (ver sección siguiente), se han encontrado frecuencias del 60-70% (Zeanah, Smyke, Koga, & Carlson, 2005). En general, el patrón D es predictor de una amplia gama de problemas internalizantes y externalizantes (Lyons-Ruth & Jacobitz, 1999), así como un deterioro progresivo en las áreas sociales, cognitivas, y afectivas (Green & Goldwyn, 2002; Jacobitz & Hazen, 1999).

El descubrimiento del apego desorganizado generó todo un acopio de estudios destinados a comprender la influencia del vínculo temprano bajo condiciones de alto riesgo. Sin embargo, cuando los investigadores empezaron a estudiar un tipo de niños que presentaban un mayor nivel de riesgo, se percataron que el apego desorganizado no era el “fin del camino”, sino que se encontraba en un continuo donde podría haber mayor vulnerabilidad en el sistema de apego. En el año 2008, Charlez Zeanah (experto mundial en infancia) publica un artículo donde expone un continuo desde los estilos de apego mas adaptativos hasta los mas desadaptativos (Zeanah & Smyke, 2008). Este continuo empieza con el apego seguro, sigue con los apegos inseguros (evitante y ambivalente), prosigue con el apego desorganizado, y termina con lo que se conoce con

el Trastorno Reactivo del Apego (RAD). Donde se pensaba que el apego tipo D, presentaba los mayores niveles de riesgo, demostró un nivel mas desadaptativo, a saber, los infantes en situación de institucionalización.

## 2.7. Apego en condiciones de alto riesgo: La institucionalización temprana.

La evidencia recogida durante los últimos 25 años sobre los efectos que la institucionalización temprana<sup>3</sup> tiene sobre el desarrollo presente y futuro del niño, ha generado una preocupación mundial sobre las condiciones adversas que éstos pueden experimentar. Si bien, en la mayoría de los casos, la institucionalización se la entiende como una medida protectora de situaciones de extrema vulnerabilidad de los lactantes (violencia familiar y parental, abuso de drogas y alcohol de parte de los cuidadores, negligencia y abandono, etc.), lo cierto es que numerosos estudios a través del mundo han demostrado que mientras mas tiempo pasa un infante en un centro mayor deterioro sufre en su desarrollo, generando una susceptibilidad al funcionamiento desviado, es decir, a la desadaptación en la vida (McLean, 2003; Johnson & Gunnar, 2011; van Ijzendoorn et al., 2011). Sin embargo, esto no implica que los procesos prolongados de institucionalización condenen al niño hacia el sufrimiento, trauma y deterioro, ya que no se ha comprobado que la totalidad de los infantes institucionalizados presenten graves deterioros en su desarrollo. Del mismo modo, las últimas evidencias han mostrado que en un porcentaje significativo, existe alta heterogeneidad en el modo como los niños institucionalizados enfrentan su desarrollo, lo que podría ser una importante línea de investigación a desarrollar en el futuro si se analizan las variables y condiciones que determinan esta multiplicidad de trayectorias del ciclo vital (Dozier & Rutter, 2008). Lo

---

<sup>3</sup> De un modo general, se considera “cuidado institucional” por la WHO, “un cuidado en un residencia que alberga a lo menos a 11 niños (Browne, Hamilton, Giacritsis, Johnson, & Ostergren, 2006). Se conceptualizará “institucionalización temprana”, el hecho de que un infante de 0 a 3 años viva en algún tipo de hogar, residencia, orfanato, como producto de haber sufrido vulneraciones graves de sus figuras de apego.

que se sabe en la actualidad, es que las variables relacionadas al tiempo de institucionalización, razón de niños por cuidadores, calidad estructural de los centros, calidad del vínculo de las cuidadoras, calidad del ambiente familiar post-institucionalización (adopción), y susceptibilidades neuroinmunológica, genéticas y cerebrales en el bebé, constituyen los principales factores que harían la diferencia entre los niños que pueden mostrar un funcionamiento resiliente, de aquellos que no lo hacen (Lecannelier & Hoffmann, 2007; Lecannelier, 2004). Por lo tanto, si bien la institucionalización temprana y relativamente prolongada no condena totalmente al niño a la desadaptación, lo deja en un proceso de deterioro que se constituye en un “estado de vulnerabilidad/diátesis” para su futuro.

Los procesos de institucionalización son considerados en la actualidad como un contexto privilegiado, pero desafortunado para comprender los efectos de la extrema vulnerabilidad en el desarrollo infantil (Haugaard & Hazan, 2003). Una de las razones de lo anterior, se relaciona al hecho de que el contexto de institucionalización se considera como un fenómeno que no cumple los requisitos de lo que se conoce como un “ambiente promedio esperable para un desarrollo infantil aceptable” (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer, 2008). Si esto es evidente en el caso del desarrollo cognitivo, físico y de la salud mental, lo es aún más cuando se trata de evaluar los efectos en el desarrollo del apego (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011)

Se articularán los efectos que tiene la institucionalización temprana en el desarrollo infantil, focalizandose específicamente en el desarrollo del apego, que es el foco de intervención en el estudio 2, propuesto en esta tesis.

### 2.7.1. Efectos de la institucionalización temprana en el desarrollo físico, cognitivo y la salud mental.

-Efectos en el desarrollo físico: dadas las condiciones propias de muchos contextos de institucionalización, se ha observado que un alto porcentaje de niños suele presentar problemas de salud y desarrollo físico (parásitos intestinales, hepatitis B, anemia y desnutrición (Maclean, 2003; van Ijzendoorn et al., 2011). Otro de los problemas observados, se relaciona con la desnutrición, los problemas de baja estatura y el radio de circunferencia del cráneo disminuido. En un reciente meta-análisis elaborado para ver los efectos de la institucionalización sobre el desarrollo físico, se encontró un tamaño del efecto del orden de 1,71 sobre la relación entre la altura y el tiempo de institucionalización (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Juffer, 2007). Este estudio demostró a su vez, que mientras más tiempo pasa un niño institucionalizado, presenta mayores retardos de crecimiento físico y cerebral, siendo en algunos casos difíciles de recuperar en los procesos de adopción. En general, se ha planteado que este retardo, no solo es producto de las condiciones físicas de los centros sino también de la negligencia socio-emocional que pueden sufrir (Johnson, 2000).

-Efectos en el desarrollo cognitivo: los estudios realizados han mostrado un efecto negativo en el desarrollo cognitivo. Algunas investigaciones han mostrado un retraso generalizado (no específico a un área) (Morrison et al., 1995 van Ijzendoorn et al., 2011). Otras investigaciones han demostrado que ciertas variables específicas son las que afectan el rendimiento intelectual, de entre las cuáles se encuentra el tiempo de institucionalización y los recursos físicos del centro (cantidad de estímulos a través de juguetes, lugares al aire libre, colores, etc.) (Rutter & The Era Study Team, 1998). Incluso, se ha mostrado que el efecto de la vulnerabilidad pre y peri-natal pueden influir

también en el desarrollo cognitivo, considerando que éste posee una carga genética importante (O' Connor, Rutter, Beckett, Keaveney, Kreppner, & The Era Study Team, 2000; Dozier & Rutter, 2016). Un meta-análisis realizado el 2008, encontró una diferencia de 20 puntos en el Coeficiente Intelectual entre niños institucionalizados y niños criados en una familia (Van Ijzendoorn, Luijk, & Juffer, 2008). En un línea similar de estudios, se encontró que los niños que viven en familias de acogida tienen mejor desarrollo intelectual que aquellos que viven en instituciones, mostrando los efectos más positivos en aquellos que fueron internados tempranamente en este tipo de familias (Nelson et al., 2007). Por ende, se sugiere que puede existir un periodo sensible para el desarrollo cognitivo, que si no se estimula a tiempo, la recuperación (catch-up) se hace mas dificultosa (Zeanah, et al., 2011).

-Efectos en la salud mental: a partir de la revisión de los grupos de investigación mas importantes sobre el tema de los efectos de la institucionalización, se puede concluir que los principales problemas observados a nivel de la salud mental son (Ames, 1997; Fisher et al., 1997; Lecannelier, 2005; Le Mare & Audet, 2002; Maclean, 2003; Rutter et al., 2001, y otros): 1) Problemas alimentarios (sobre-alimentación, sub-alimentación, esconder comidas, atracones en la noche; 2) Movimientos estereotipados (balanceo extremo, movimientos bruscos de brazos (“aleteos”), tirarse el pelo, rascarse la piel, etc.;3) Relaciones de pares (evitación del contacto, sobre-afectividad, pseudo-afectividad, pérdida de limites en el contacto, falta de selectividad en las relaciones); 4) Problemas atencionales (TDA, desconcentración); 5) Pseudo-autismo.

Estudios más específicos sobre el tema mostraron que a lo menos la mitad de los niños institucionalizados, y posteriormente adoptados, suele mostrar uno de estos problemas (Rutter et al., 2001). Del mismo modo, nuevamente el tiempo de institucionalización, la



calidad del cuidado en la institución y la calidad de las relaciones adoptivas suelen explicar la aparición y cronicidad de estos problemas de salud mental. Lo que no es claro en la actualidad, es donde trazar la línea desde el tiempo de institucionalización que tiene mejorías positivas, pasando por el que puede provocar daño reparable, hasta el tiempo que genere un daño sin posibilidad de resiliencia. Institucionalizaciones más allá de los 2-3 primeros años estarían entrando en la última categoría.

-Efectos en la psicobiología: Otro factor de riesgo importante en el efecto del fenómeno de la institucionalización temprana en el desarrollo, es que opera en un periodo sensible del ciclo vital, lo que genera una mayor vulnerabilidad para que el ambiente actúe negativamente en algunos genes, hormonas y actividad cerebral (Dozier & Rutter, 2016; Zeanah et al., 2011). De modo sintético, se ha demostrado que la institucionalización temprana activa niveles de hiper-cortisolismo, desequilibrio en el Sistema Nervioso Autónomo (acción desequilibrada entre sistema simpático/parasimpático), y daño e hipoactividad en algunas áreas del cerebro (corteza prefrontal media, hipocampo, cuerpo calloso, cíngulo anterior) (Nelson et al., 2011).

-Efectos en la regulación y Teoría de la Mente: es importante señalar que algunos grupos de investigación están tratando de dilucidar el efecto que la institucionalización pueda tener en algunos mecanismos psicológicos que al presentar cierto déficit, y que puedan explicar la aparición de problemas a nivel psicológico e interpersonal. Por ejemplo, se ha observado que los niños institucionalizados presentan problemas en usar la atención con fines de regulación de la conducta, los afectos y la cognición. Si se considera que muchas teorías psicológicas y neurobiológicas actuales consideran que la atención es el mecanismo de autorregulación por excelencia (Posner & Rothbart, 2007;

Lecannelier, 2002), entonces este déficit puede ayudar a comprender los problemas de impulsividad, afectividad y dificultad en las relaciones sociales que éstos niños presentan, y que pueden durar hasta la adolescencia (Le Mare & Audet, 2002). Del mismo modo, un estudio demostró que, comparado con niños no institucionalizados o adoptados por familias sustitutas (foster care), la mitad de los niños institucionalizados presentaban un déficit en lo que se conoce como Teoría de la Mente (ToM), que implica la capacidad de comprender a los otros infiriendo estados mentales (Tarullo, Bruce, & Gunnar, 2007). Por último, otra investigación reciente encontró el mismo tipo de déficit en ToM y en habilidades ejecutivas, encontrándose a su vez, que estas dificultades se asociaban a una diversidad de problemas de salud mental (tales como el cuasi-autismo, la falta de selectividad en las relaciones, el déficit de atención y otros) (Colvert et al., 2008).

En conclusión, aunque se observa una cierta heterogeneidad en el modo como los niños enfrentan y se adaptan a corto y largo plazo a las condiciones de la institucionalización, los resultados son claros en mostrar que los efectos dejan al niño vulnerable en su desarrollo. Sin embargo, se ha planteado que el determinismo temprano no es el mejor modelo para comprender estos efectos, sino que más bien habría que adoptar un modelo de diátesis que fundamenta que la institucionalización es un ambiente menos que esperable para el desarrollo, al dejar al infante en estado de sensibilidad negativa para las futuras adaptaciones (van Ijzendoorn et al., 2011). En este sentido, se ha evidenciado que el proceso que más deterioro sufre, y el más difícil de recuperar, se relaciona con las capacidades vinculares de apego del niño (Dozier & Rutter, 2016).

### 2.7.2. Efectos en el desarrollo del apego.

Las evidencias existentes sobre los efectos de la institucionalización en el desarrollo del apego pueden dividirse en dos grupos: 1) aquellos estudios que evalúan la calidad y patrones de apego en el momento post-institucionalización (es decir, niños que fueron institucionalizados, pero que posteriormente viven en condiciones de familias de acogida, o familias adoptivas, y por ende el apego se evalúa con ese tipo de cuidadores); 2) estudios que evalúan la calidad y patrones de apego en el momento mismo de la institución (y que por ende, el apego se evalúa con los cuidadores de los centros). Dados los objetivos del estudio 2, se articulará el segundo punto, tanto a nivel nacional como internacional.

-Evidencias internacionales:

El primer grupo de evidencias en este respecto se relaciona a la pregunta sobre cuál es el rango de edad que un infante pueda estar institucionalizado, sin que deje secuelas graves en desarrollo (Lecannelier, 2004; 2006). Es decir, y de acuerdo a lo ya expuesto en secciones anteriores ¿existe un rango de sensibilidad (ventana de oportunidades) para el desarrollo de un apego selectivo? Uno de los primeros estudios realizados al respecto por Singer, Brodzinsky, Ramsay, Steer, & Waters (1985), encontraron que bebés adoptados durante los primeros meses de vida tendían a presentar las mismas tasas de apegos seguros que los bebés de padres biológicos. Posteriores estudios confirmaron el hecho que bebés adoptados después de los 8-12 meses de vida empezaban a mostrar dificultades en la formación de un apego seguro (Dontas, Maratos, Fafoutis, & Karangelis, 1985; Dozier & Rutter, 2008; Marcovitch et al., 1997). Esta evidencia avala el postulado teórico de que los bebés entre los 4 y los 10 meses aproximadamente desarrollan un modelo mental y conductual de apego selectivo con los cuidadores específicos (Sroufe et al., 2005). Es importante comentar que

algunos investigadores plantean que no es tan claro que existe esta relación tan unívoca entre apego selectivo y tiempo de institucionalización, y que puede ser que la ventana de oportunidades sea mucho más amplia de lo que se sabe (Chisholm, 1998).

El segundo tipo de estudios, se relaciona a la seguridad y patrón de apego en niños que se encuentran institucionalizados. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios de apego e institucionalización se han realizado sobre niños post-institucionalizados, y no en el momento de la institucionalización. Estas investigaciones en niños que ya se encuentran con alguna familia, posterior a haber estado en alguna residencia, muestran que entre un 40 y 70% de apego desorganizado (Chisholm, 1988; O'Connor et al., 2003). Más aún, Chisholm (1998) evidenció la presencia de lo que se conoce como Amistad Indiscriminada, conducta prototípica de los Trastornos Reactivos del apego<sup>4</sup> a los tres, e incluso a los ocho años posteriores a la adopción, y Rutter et al., (2007) demostraron la presencia del patrón desinhibido incluso hasta la adolescencia.

El primer estudio sobre apego en infantes institucionalizados, fue realizado por Vorria et al., (2003), en una muestra de 86 infantes de entre 11 y 17 meses, institucionalizados en un centro de Grecia (Metera) con una razón de niño: cuidadores de 4:1 a 6:1. Los investigadores evaluaron una serie de variables tales como calidad y organización del apego a través del Procedimiento de la Situación Extraña (PSE), temperamento, desarrollo cognitivo, sensibilidad del cuidador, conducta social de los infantes, y calidad del ambiente de cuidado del centro. Del mismo modo, se utilizó un grupo de comparación en niños no institucionalizados. Los resultados evidenciaron una proporción de 66% de apego desorganizado, 24% de apego seguro, y un 8% de apegos

---

<sup>4</sup> Los Trastornos Reactivos del Apego (TRA) corresponden a la clasificación de los trastornos del apego postulados (pero no demostrados) por sistemas de clasificación psiquiátrica tipo DSM. Existen dos sub-tipos: inhibido (infantes que muestran una conducta social de apatía, retraso y precaución) y desinhibido (infantes que muestran Amistad Indiscriminada, es decir la conducta no selectiva de vincularse y buscar protección en cualquier persona) (ver Zeanah et al., 2005).

inclasificables. Del mismo modo, se encontró que los cuidadores poseían bajos niveles de sensibilidad comparados con las madres. Así mismo, se evidenció que la calidad del apego no se relacionaban a factores como la salud del niño, el temperamento, y el desarrollo cognitivo. El segundo estudio (y se podría decir, uno de los mas relevantes) fue realizado por el equipo de Charles Zeanah (Zeanah, et al., 2005), en el marco de un proyecto llamado Bucharest Early Intervention Project, destinado a mejorar las condiciones de vida de los niños institucionalizados en Rumania. Zeanah y su equipo tomaron 95 infantes institucionalizados (12 a 31 meses) comparados con 50 niños no institucionalizados, y fueron evaluados en su calidad y organización del apego con su cuidador “favorito” (utilizando el PSE), en sus niveles de TRA, la calidad del ambiente de cuidado, el desarrollo cognitivo, y la salud mental de los niños. Los resultados mostraron una alta perturbación en el modo como los niños desarrollaban apego con sus cuidadores. En primer lugar, los niños institucionalizados presentaron niveles muy altos de TRA, y una frecuencia del orden de 65,3% de apego desorganizado y solo 18,9% de apego seguro. Del mismo modo, una mayor razón de niños:cuidadores aumenta más la probabilidad de TRA (4-5:1). Pero el resultado más significativo fue que un porcentaje alto de los niños habían desarrollaban un apego con muy bajos niveles de selectividad y organización. Es decir, que los niños institucionalizados mostraban que el apego se encontraba en un proceso de formación interrumpido, más que observar un apego organizado e identificable. Esto se evaluó a través de una escala de 5 puntos para determinar si existía o no formación específica de apego. Pero la lección a considerar en esta investigación, es que además de evaluar los patrones específicos y la calidad de apego, es imprescindible analizar el nivel de formación del proceso de apego. Otra de las conclusiones de este estudio (y enormemente relevantes para el estudio 2 de la presente tesis) plantea que en ambientes de riesgo tales como la institucionalización, la

calidad, sensibilidad y empatía del cuidado que se proporcione es más importante y hace una mayor diferencia en el desarrollo del niño, que si el niño estuviera en contextos familiares. Es decir, en las instituciones, las cuidadoras deben proveer incluso de un mejor cuidado que en los contextos familiares.

Otros estudios internacionales, han encontrado 0% de apegos seguros en orfanatos de Japón, y una mayor prevalencia de apegos desorganizados, en comparación a una muestra de niños no institucionalizados (Katsurada, 2007). Así mismo van Ijzendoorn & Juffer (2006) realizaron un meta-análisis con una muestra de 162 infantes de orfanatos en Rumania y Grecia, evidenciando un 23% de apego seguro, 3% evitante, 4% ambivalente, y 70% desorganizados.

-Evidencias nacionales.

En Chile, la investigadora Francisca Herreros realizó un estudio en niños institucionalizados, encontrando un 78% de apego seguro, un 8% evitante, un 8% de ambivalente, y un 6% de apego desorganizado. Así mismo, encontró que el 61% presentaba un apego organizado (clasificable), y el 39% no clasificable (Herreros, Neriz, & Magnanis, 2013).

La amplia y diversa variedad de estudios sobre los efectos de la institucionalización temprana evidencian de manera clara su efecto nocivo para el desarrollo integral del niño. Los resultados en el caso de la organización y formación de los vínculos de apego muestran un panorama preocupante para la adaptación presente y futura de los infantes, especialmente considerando que es el proceso más difícil de recuperar en el tiempo. Por ende, es una urgencia la elaboración, implementación y evaluación de intervenciones que promuevan una mayor seguridad en el apego y el desarrollo socio-emocional (Lecannelier, 2006). El estudio 2 de la presente tesis tiene

ese objetivo, bajo el prisma de lo que se conoce como “Intervenciones basadas en el apego” (IBA).

## 2.8. Intervenciones basadas en el apego (IBA): Traslación desde la evidencia hacia la práctica.

“Resulta un tanto inesperado el hecho de que aunque la Teoría del Apego fue formulada por un clínico para utilizarla en el diagnóstico y tratamiento de familias y pacientes perturbados emocionalmente, su uso hasta el momento ha sido principalmente el de promover la investigación de la psicología del desarrollo. Si bien considero estos descubrimientos como una enorme ampliación de nuestra comprensión del desarrollo y la psicopatología de la personalidad, y por lo tanto, de gran importancia clínica, ha resultado desalentador el hecho de que los clínicos hayan sido tan lentos en poner a prueba los usos de la Teoría del Apego” (1988, p. 9-10).

En una de sus últimas publicaciones, John Bowlby hace esta aseveración que no refleja más que el estado de la T.A a fines del siglo XX, a saber, una aproximación empírica y académica, lejos de sus aspectos prácticos clínicos y de intervención. Las causas de esto pueden ser múltiples, pero se hipotetizan tres (Lecannelier, 2014a): a) la influencia empírica de Mary Ainsworth en EEUU (país con una tradición muy cargada hacia la investigación, en relación a Europa): el estudio de las diferencias individuales en el apego junto su procedimiento de oro (PSE) provocó un surgimiento exponencial de estudios empíricos, más bien de ciencia básica (Cassidy & Shaver, 2008, 2016), pero con poco aporte práctico hacia lo preventivo/interventivo; b) Por otro lado, se ha aseverado que en el ámbito clínico, durante muchos años, la T.A se encontraba en “tierra de nadie” en relación a las otras fuerzas de la Psicología (Holmes, 1993). Desde la mirada del psicoanálisis era considerada una teoría casi conductista, Etológica y

cognitivista, y desde la aproximación del conductismo, era evaluada como un aporte muy psicodinámico (e introspectivo). Es decir, era un modelo, que dadas sus características multidisciplinarias y novedosas, no podía ser encasillada en ninguna de las fuerzas imperantes de la psicología del hemisferio norte. Por ejemplo, en una revisión realizada por Erickson, Kormacher y Egeland (1992), dichos autores concluyeron que “existe una tendencia ecléctica de las terapias basadas en el apego...y la mayoría de los clínicos que tienden a usar este enfoque lo hacen de un modo idiosincrático” (p. 499); c) una tercera hipótesis, pero difícil de comprobar, puede surgir del propio creador de la T.A, quien en algún momento afirmó haber abandonado lo clínico, ya que sentía emociones de incompetencia en esa área (Holmes, 1993). La consecuencia de todo esto, es que los teóricos (o mas bien investigadores) del apego, tienen una deuda hacia la comunidad, en relación a la clarificación, conceptualización e implementación de intervenciones basadas en la seguridad del apego. El tema de fondo, es como realizar el traslado (investigación traslacional) del enorme conocimiento empírico alcanzado, a propuestas de intervención que se amplíen a diversas poblaciones (especialmente, de alto riesgo).

Sin embargo, a inicios del siglo XXI, muchos investigadores empezaron a hacerse cargo de esta falencia de la T.A, y emergieron una serie de propuestas de intervención generando paulatinamente un proceso de traslación desde lo empírico hacia lo práctico (ver Berlin, Ziv, Amaya-Jackson, & Greenberg, 2005; Berlin, Zeanah, & Lierberman, 2008, 2016; Juffer, Bakerman-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2007; Oppenheim & Goldsmith, 2007; Slade, 2008).

-¿Qué es una IBA? En la actualidad, no existe un consenso sobre su definición. Ziv (2005) considera que “las intervenciones basadas en el apego son definidas como



intervenciones que se basan en la T.A” (p. 61). Además de encerrar una cierta tautológica, es una definición que no aporta mucho a la comprensión y delimitación de este tipo de intervenciones. De todas formas, se ha planteado que una IBA son una serie de programas de intervención que toman como referencia los aportes teóricos centrales de la T.A (por ejemplo, M.I.T; sensibilidad, seguridad emocional, base y refugio seguro, patrones de apego, etc.), los principales sistemas de evaluación del apego (PSE, Completación de historias, Entrevista de Apego de Adultos (AAI), Q-Sort, y otros), y las principales evidencias descubiertas por este modelo (continuidad/discontinuidad del apego a través del ciclo vital, modelo transmisional, apego y psicopatología, regulación del estrés y otros). Por ende, en la actualidad, se puede asumir que una IBA debe estar basada, tanto en sus procedimientos de intervención como en sus metodologías de evaluación, en un corpus teórico y empírico de la T.A (Lecannelier, 2014a). Aunque esta definición sigue siendo poco delimitada y especificada, posee a lo menos la relevancia de diferenciar a las IBA de toda una serie de intervenciones en el vínculo, que no son intervenciones de apego. Es decir, que no toda intervención que tenga como foco principal, la relación vincular, es una IBA (como por ejemplo, las terapias de juego, o la Terapia Familiar). Lecannelier (2014b, 2014c, 2015, 2016 2017), plantea que un aspecto central de las IBA debe estar relacionada a los contextos de regulación del estrés (tanto en su forma de evaluación, como de intervención). Es decir, que un foco central de este tipo de intervenciones tiene que estar centrada en el fomento de diversas capacidades de atención, mentalización y regulación de los episodios de estrés de los infantes, foco que se aplica a cualquier adulto que interactúe cotidianamente con los niños (Lecannelier, Jorquera & Porres, 2014; Lecannelier et al., 2014).

-Focos de intervención de las IBA: basado en diversos estudios y meta-análisis sobre los componentes principales de la transmisión intergeneracional del apego (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997; van Ijzendoorn, 1995), se plantea que los principales focos de intervención de las IBA son: a) *Los M.I.T de los padres (o cuidadores)*: aunque esto ya fue planteado por Bowlby (1988), se ha demostrado que las representaciones de los cuidadores sobre si-mismo, su pasado y la relación actual con sus hijos, parece ser un potente predictor del nivel de seguridad del infante. Un sinnúmero de investigadores (ver Berlin, Zeanah, & Libermann, 2016) han planteado que en la medida que los padres pudieran diferenciar sus propios procesos mentales y afectivos, de los de sus hijos, el nivel de sensibilidad y empatía hacia ellos fomenta una alta seguridad del apego; b) aunque no hay evidencia empírica clara del efecto de la *sensibilidad del cuidador* en la seguridad del niño (lo que se llama la “brecha transmisional” (van Ijzendoorn, 1995), de todos modos se considera este constructo como central en las intervenciones (y la mayoría de ellas, lo suele utilizar). La sensibilidad maternal se refiere a la capacidad del adulto de atender e interpretar adecuadamente a las señales del infante, así como regular de un modo eficiente sus reacciones y conductas estresantes (Ainsworth et al., 1978). Más aún, se plantea como foco de la sensibilidad, poder constituirse en una base y refugio seguro para el niño, favorecer la exploración en momentos de no estrés, y que los adultos sean capaces de identificar sus propios procesos emocionales en la interacción con el infante (Lecannelier, 2016); c) finalmente, se plantea como tercer foco, la *propia relación terapéutica que se produce entre el terapeuta y los padres y el niño*: muchos (y se podría decir que en la actualidad, todos) de los enfoques sostienen que el impacto y mecanismo del cambio viene de la elaboración y co-construcción de una relación vincular empática, sensible, y afectiva con el otro (Otto Kernberg, Peter Fonagy, Jeremy Safran, Leslie Greenberg, y muchos otros). En términos simples

(basados en la T.A), el terapeuta se constituye como una “base segura” que permite a los padres (y al niño) explorar temas, estados mentales, eventos y experiencias dolorosas y discrepantes, convirtiendo el espacio terapéutico relacional en una especie de “experiencia emocional correctiva” que fomenta una mayor conexión y sensibilidad hacia el hijo (Lieberman & van Horn, 2008).

-Tipos y formas de IBA: Los criterios para realizar dicha selección estuvieron basados en ser programas de intervención coherentes y que conjugan con los planteamientos teóricos, empíricos y metodológicos de la T.A. Bajo estos criterios, un aspecto esencial a desarrollar, se relaciona a si existe evidencia sobre la eficacia o efectividad de las IBA, y en ese sentido, existe un debate emergente importante a aclarar.

-Evidencia empírica sobre el impacto de las IBA: ¿Más es mejor, o menos es más?: aunque escasa la evidencia del impacto de las IBA, los estudios y meta-análisis realizados han generado un debate muy interesante sobre qué tipo de intervención es más efectiva. En el año 2000, Egeland, Weinfeld, Bosquet, & Chang publican un capítulo, donde revisan (bajo análisis narrativo, no estadístico), quince programas de intervención para promover el apego seguro (Egeland, Weinfeld, Bosquet, & Chang, 2000). Los focos de intervención y cambio escogidos fueron: a) Aumentar la sensibilidad materna; b) Modificar los M.I.T de los padres; c) Proporcionar y aumentar el apoyo social; d) mejorar el bienestar y salud mental de las madres. Los resultados de su análisis, concluyeron que no existe un programa más efectivo que otro, demostrando todos un “éxito marginal en la promoción del apego seguro “ (p. 67). Más aún, los autores concluyen que para poblaciones de bajo riesgo, las intervenciones pueden ser más breves y focalizadas, pero que para poblaciones de alto riesgo, la intervención mas apropiada debe empezar tempranamente (en el embarazo), ser de larga duración, incluir

diversos focos de intervención, estar interconectada con otros servicios de salud, legales, hospitalarios, y finalmente no solo incluir a las figuras principales de apego. Por lo tanto, su conclusión es que para este tipo de población “mas es mejor”.

Posteriormente, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer (2003) realizan un meta-análisis con veinte y nueve intervenciones (incluidos trece de los programas revisados por Egeland et al., (2000), con una muestra de 1503 participantes. Sus conclusiones abrieron el debate sobre la efectividad de las IBA: a) las IBA solo focalizadas en aumentar la sensibilidad materna fueron mas efectivas que las que llamaron de “banda ancha” (intervenciones con múltiples focos y variados de agentes de cambio para modificar el apego); b) las IBA con menos de cinco sesiones fueron igualmente efectivas que las de cinco a diez y seis sesiones; c) las IBA que empezaban tardíamente (después de los 6 años), fueron mas efectivas que las de inicio temprano (embarazo, o primeros meses de vida); d) las intervenciones altamente efectivas, lo fueron independiente del nivel multi-problemático de las familias; e) modificar la seguridad del apego (es decir, cambiar de apego inseguro a seguro) es más difícil que, aumentar la sensibilidad materna (las variables categoriales suelen ser más difícil de modificar que las continuas). Pero a su vez, aquellas intervenciones que tenían como único foco aumentar la sensibilidad, solían ser las únicas que alcanzaban la modificación categorial; f) las intervenciones que usan la técnica del video-feedback (reflejar y reforzar a los padres su comportamiento vincular a través del uso del video), eran mas efectivas que las que no usaban esa técnica; g) las intervenciones donde se incluían al padre eran mas efectivas que las que no lo hacían; h) las intervenciones mas efectivas, eran breves y focalizadas en el aumento de la sensibilidad materna. Por lo tanto, para los autores de este meta-análisis, “menos es más”, es decir que las intervenciones con foco específico y un número reducido de sesiones es lo mas efectivo.

Ellos concluyen que en el caso de las IBA, el efecto Dodo<sup>5</sup> no se aplica, ya que si existe evidencia de que ciertas intervenciones (con las características anteriormente mencionadas) son mas efectivas que otras. En otro meta-análisis realizado por el equipo de van Ijzendoorn, pero especificado para las intervenciones de niños con apego desorganizado, se encontraron los mismos resultados que el meta-análisis anterior (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer, 2005). Por ende, el debate de si “mas es mejor, menos es más” se implantó en las discusiones y reflexiones sobre el impacto de las IBA. En el año 2005, Berlin realiza una revisión narrativa de 14 estudios refinando aún más los criterios en base a los presupuestos teóricos y metodológicos de la T.A (foco apego niño-cuidador, diseño randomizado, implementar a lo menos uno de los focos de cambio anteriormente mencionados, haber utilizado una metodología de alto estándar). Las conclusiones de su estudio revelan “un éxito moderado de estos programas, de acuerdo con el criterio de aumentar la proporción de apego seguro (Berlin, 2005, p. 14). Más aún la autora busca zanjar el debate, proponiendo que el tipo de población (riesgo-no riesgo) es el factor que determina si “menos es mas” o “más es mejor”. Finalmente, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer (2005) hacen una propuesta mas adecuada al desarrollo reciente de las IBA. Ellos plantean que una de las principales dificultades de las intervenciones de “banda ancha” es que es muy difícil especificar el elemento de la intervención que genera el impacto específico. Entonces, proponen una aproximación gradual para validar las IBA, y consiste en ir evaluando progresivamente la efectividad de las partes específicas y focalizadas de la intervención (por ejemplo, la sensibilidad), y una vez que su efectividad se haya demostrado, ir incorporando otros elementos.

---

<sup>5</sup> El Veredicto o Efecto Dodo surge como modo de expresar el resultado de diversos estudios que demuestran que en el área de la psicoterapia, ningún enfoque es mas efectivo que el otro, y todos arrojan el mismo nivel de impacto (como el pájaro Dodo del cuento de Alicia en el país de las maravillas, donde se inicia una carrera, y todos parten en diferentes tiempos y se dirigen a diferentes lugares, a lo que el pájaro Dodo declara “todos ganan y todos tienen premios” (Carrol, 1865/1988, p.33).

En conclusión, las IBA se encuentran todavía en una etapa adolescente (por así decirlo) (Berlin, 2005), “y hasta la fecha, esta área como un todo, ha demostrado efectos débiles en alterar la seguridad del apego (Greenberg, 2005, p. 328). Sin embargo, su promesa como campo preventivo e interventivo es alta y efectiva.

En lo que respecta a Iberoamérica, es un desafío importante implementar las IBA en diversos contextos de la infancia. Sin embargo, se suelen presentar ciertos obstáculos a la hora de adaptar o insertar los programas internacionales. En primer lugar se encuentra la dificultad al acceso a entrenamientos altamente costosos y largos en los procedimientos de evaluación (como la PSE). En segundo lugar, se encuentra la barrera de implementar intervenciones que, debido a los recursos Latinoamericanos, hacen muy difícil su aplicación exitosa (alto número de sesiones, multiplicidad de estrategias, etc.). Debido a lo anterior, es que puede ser válido elaborar intervenciones adaptadas a la realidad cultural y económica del continente. El proyecto 2 de la presente tesis tiene como objetivo ese cometido. Sin embargo, es importante mencionar que se han realizado esfuerzos por implementar las IBA en países tales como Colombia (Carbonell & Plata), Uruguay (Bauer et al., 2014), y Chile (Lecannelier, 2014c). Todas estas propuestas se orientan a la traslación desde la evidencia empírica hacia la práctica interventiva.

## 2.9. Síntesis.

Se ha demostrado que la T.A, tiene un camino de desarrollo conceptual y empírico que puede dar una sólida base al proceso de implementación de intervenciones, especialmente en poblaciones de alto riesgo. La presente tesis pretende realizar ese breve camino, analizando por un lado la frecuencia de patrones de apego en una muestra de la ciudad de Santiago de Chile, con el fin de entregar una panorámica de

salud pública sobre el cuidado de los infantes, que viven en condiciones de NSE medio y bajo (Estudio 1). Consiguientemente, se propone realizar un proceso de traslación hacia la intervención, a través de un estudio donde se elaboró, implementó y evaluó un programa de prevención para una población de alto riesgo, a saber, bebés que se encuentran en situación de institucionalización temprana. Ambos estudios se integran dentro de un programa de investigación a largo plazo del autor de esta tesis, al buscar puentes entre los estudios empíricos y las intervenciones preventivas en el fomento del apego y el desarrollo socio-emocional, en poblaciones más necesitadas de bienestar y seguridad emocional (Lecannelier, 2012).

### 3.-ESTUDIO 1: EVALUACIÓN DE PATRONES DE APEGO EN INFANTES DURANTE SU SEGUNDO AÑO DE VIDA EN DOS CENTROS DE ATENCIÓN DE SANTIAGO DE CHILE<sup>6</sup>

#### 3.1.PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

Tal como se ha mencionado en el desarrollo teórico de la tesis, un paso importante en la evolución de la T.A, estuvo marcada por la comprensión de las diferencias individuales en la seguridad y organización del apego (Ainsworth et al., 1978). A través del uso del PSE se realizaron múltiples estudios para conocer las características y funcionamiento de los cuatro patrones de apego en la infancia, de modo de comprender el legado de las diversas trayectorias de estas diferencias individuales, a corto y largo plazo. Dentro de las múltiples preguntas de investigación que se empezaron a responder, emergieron dos temas iniciales e imprescindibles para la comprensión del vínculo temprano de apego: 1) ¿Cómo se distribuyen los diferentes patrones en la población normativa?; 2) ¿Es el apego un proceso universal, o existirán diferencias culturales en su modo de distribución?

Como ya se ha desarrollado en el marco teórico, las evidencias internacionales apuntan en primero lugar a una distribución relativamente homogénea entre las diversas sociedades, encontrando dos tercios de apego seguro y un tercio distribuido entre los tres patrones restantes (Sroufe et al., 2005). Sin embargo, se han encontrado leves diferencias en los diferentes estilos en sociedades europeas y norteamericanas (como por ejemplo, que en Alemania se observó un aumento de estilos evitantes (Grossmann, et al., 1985), y en Israel fueron más bien los estilos ambivalente los mas prevalente

---

<sup>6</sup> El presente estudio es parte de una investigación longitudinal financiada por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), en el marco de un proyecto FONDECYT (nº 1040238).



(Sagi et al., 1985). En un meta-análisis que incluyó 2000 PSE realizadas en 8 países, se confirmó la tendencia del patrón evitante en sociedades de Europa del Oeste, y una propensión hacia el apego ambivalente en países como Isreal y Japón (van Ijzendoorn & Kroonenburg, 1988). De todos modos, la tendencia mayoritaria hacia el apego seguro fue evidenciada en todos los países analizados.

Cuando los estudios, se alejan del mundo occidental, y se analizan poblaciones no industrializadas, se ha encontrado por ejemplo que los niños Gusii de Kenya muestran la tendencia de los dos tercios de apego seguro (van Ijzendoorn & Sagi, 1999). En los Gogon de Mali, la distribución fue más alta en los estilos desorganizados (23%), manteniéndose los dos tercios de los patrones seguro (69%), y no encontrándose estilos evitantes, y una proporción muy baja de estilos ambivalentes (8%) (True, Pisan, & Oumar, 2001). En otra investigación mas reciente, se evaluó a 147 diadas provenientes de Sud-Africa (Cape Town), y se encontró una distribución de 61,9% de apego seguro, 4.1% de evitantes, 8.2% de ambivalentes, y un 25.8% de apego desorganizado (Tomlinson, Coope, & Murray, 2005).

Por ende, los estudios realizados evidencian variaciones (diferencias culturales) en la distribución de los estilos de apego, pero conservando una validez universal hacia la tendencia de los estilos seguros.

Hasta la fecha del estudio 1 de la presente tesis, no se habían realizado estudios de patrones de apego utilizando el PSE en Sudamérica. En Colombia, Germán Posada y su equipo de investigación, ha realizado estudios de apego y cuidado maternal, pero utilizando otro procedimiento llamado “Q Sort”, que entrega un dato continuo (no categorial) en la seguridad del apego (Posada et al., 2016). Sin embargo, en la década de los noventa, una investigadora Chilena publicó una serie de estudios sobre apego en niños desnutridos crónicos (Valenzuela, 1990, 1997). El estudio consistió la evaluación

de 85 díadas de NSE bajo con infantes entre 12 y 21 meses, los que fueron divididos en niños con bajo peso crónico y niños con peso adecuado. Se evaluó el apego a través del PSE, y otros instrumentos para medir sensibilidad materna, así como indicadores socio-demográficos, y físicos (tales como el peso, la talla, la estatura). Los resultados encontrados arrojaron que en el grupo de niños con peso normal (n=20), el 50% presentó un apego seguro, 23% evitante, 22% ambivalente, y 2% de una categoría similar a la desorganización (A/C). Por otro lado, en la muestra de niños con bajo peso crónico, se encontró solo un 7% de apego seguro, 32% evitante, 29% ambivalente, y 32% A/C.

Por lo tanto, la problemática del presente estudio radica en la falta de estudios en Latinoamérica, más específicamente, Chile, sobre la distribución de patrones de apego, utilizando medidas gold standart en muestras normativas.

### 3.2. OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio consistió en analizar la distribución de patrones de apego en una muestra de 130 díadas, provenientes de dos centros de atención de salud primaria, de la Región Metropolitana, evaluadas a través del PSE. Del mismo modo, se analizaron las posibles relaciones entre la proporción de los estilos de apego y determinadas características sociodemográficas (edad, estado civil, paridad y tipo de parto de la madre, y el género del niño), que pudieran estar correlacionadas a un mayor o menor seguridad en el apego durante la infancia.

### 3.3. METODO

#### 3.3.1. Participantes.

Los participantes del estudio fueron 130 díadas madre-infante, provenientes de dos centros de atención primaria de salud: Consultorio Barros Luco y Consultorio Lo Barnechea. El NSE de las madres varió entre medio y medio-bajo (de acuerdo a la caracterización interna de los propios consultorios de salud).

Los criterios de inclusión utilizados fueron, además de la participación voluntaria de las madres, el hecho de que se estuvieran atendiendo regularmente en dichos centros. Los criterios de exclusión incluyeron: la presencia de un diagnóstico psiquiátrico actual en las madres, y la presencia de alguna patología orgánica grave de los infantes impidiera la adecuada y confiable administración y codificación de los instrumentos de evaluación. La selección de las díadas se realizó sobre la base de un análisis exhaustivo de las fichas médicas, de modo de que cumplieran con los criterios anteriormente mencionados.

La edad de las madres fluctuó entre los 15 y los 46 años (la mediana fue de 28 años). Un 53.2% estaba casada, un 41.8% soltera, y un 4.3% en una relación de convivencia. Un alto porcentaje de las madres fueron primíparas (45.4%), el 24.8% tenía dos hijos, y el 17.7% tres hijos (el porcentaje restante, tenía entre 4 y 6 hijos). En cuanto a la escolaridad de las madres, el mayor porcentaje corresponde a educación media completa (39.7%), seguido de un 20.6% de madres con escolaridad media incompleta, el 19.9% educación técnica universitaria, y el 9.2% tuvieron una educación básica incompleta.

En relación a los infantes, el rango de edad fue entre 11 y 19 meses, siendo el 52% niños, y el 48% niñas.

### 3.3.2. Procedimiento.

Posterior al análisis de las fichas médicas, se contactó a la participantes vía telefónica, o se realizó el contacto directo en el momento del control pediátrico. Previo a la primera sesión, se entregó a la madres folletos explicativos tanto del objetivo del estudio, como de la realización del PSE. En la primera sesión se administró el PSE, junto con el completamiento de una Pauta de Identificación. Se realizó una segunda sesión donde se administraron otros procedimientos de laboratorio, junto con una pauta de criterios socio-demográficos. En el caso de las madres consultantes en el Consultorio Barros Luco, el PSE se realizó en las dependencias de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Chile. En lo que respecta a la muestra proveniente del consultorio Lo Barnechea, las díadas fueron evaluadas en el Servicio de Psicología Integral perteneciente a la Universidad del Desarrollo.

Se le aseguró a las madres la confiabilidad absoluta de los resultados del estudio, así como el derecho a no participar, o dejar de participar en la investigación. Todo esto se plasmó en una carta de consentimiento informado, y todos los resguardos éticos fueron evaluados y aceptados por los Comités de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, así como de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Chile. Así mismo, aquellas díadas identificadas con problemáticas de corte más severas, eran derivadas a una evaluación más exhaustiva, y una psicoterapia, cuando se consideró necesaria

Para el análisis de los patrones de apego, se codificaron los 130 videos del PSE en un lapso de 30 días, evitando dejar mucho tiempo entre cada codificación.

### 3.3.3. Medidas

-Procedimiento de la Situación Extraña (PSE) (Ainsworth et al., 1978). Tal como se articuló extensamente en el marco teórico, es un procedimiento controlado de laboratorio que consiste en la observación sistemática y específica a través de una sala de doble espejo, en ocho episodios de 3 minutos, en los cuáles la madre se separa y se reúne con su hijo, junto a la presencia de un extraño quien, en algunos episodios deja la habitación y vuelve. La madre recibe las instrucciones de todos los episodios, junto con una serie de consignas donde se le pide “responder al estrés de su hijo, como generalmente lo hace en el hogar, pero que no trate de iniciar el contacto, si el infante se encuentra calmado y explorando el lugar”. La situación completa debe ser video grabada, y se codifica bajo un análisis exhaustivo de una serie de criterios. Tal como ya se ha mencionado, el instrumento arroja cuatro clasificaciones, y ocho subclasificaciones. Para la obtención de tales clasificaciones, se utilizan dos sistemas de codificación: 1) para los patrones organizados (patrones y sub-patrones) se codifica la conducta del infante, sobre la base de cuatro escalas (en los dos momentos de la reunión): a) Proximidad: que expresa la intensidad y propositividad del niño para acercarse, ir, señalizar, expresar hacia la madre; b) Mantenimiento del contacto: expresa la intensidad del niño en su conducta de mantener (y no dejar) el contacto físico con la madre; c) Evitación: expresa el grado y magnitud con que el infante no señala reacciones o conductas hacia la madre (escala patognomónica de los estilos evitantes); d) Resistencia: señala la intensidad con que el infante se resiste al contacto de la madre, oscilando entre conductas de aferramiento con conductas de rechazo o frustración (escala patognomónica de los estilos ambivalentes). Estas cuatro escalas son codificadas en un rango de puntajes de 1 a 7, en donde cada puntaje incluye una descripción detallada de la conducta del infante, en los momentos de la reunión. Los puntajes bajos

reflejan una baja intensidad de la conducta (por ejemplo, un puntaje de 2 en evitación, indica que el niño no suele desplegar conductas evitativas intencionales, pero un puntaje de 6 o 7, es un indicador claro de evitación); 2) para el patrón desorganizado, se utilizan los criterios elaborados por Main & Solomon (1990), donde primero se identifican si existe alguna de las conductas que incluyen esos criterios, y posteriormente se puntúa de 1 a 9, donde los puntajes mas bajos indican menor presencia e intensidad de la conducta, y los puntajes altos indican claros signos de desorganización.

La codificación de los videos fue realizada por el autor de esta tesis, posterior a haber recibido el entrenamiento oficial en el Institute of Child Development, de la Universidad de Minnesota, por los investigadores Alan Sroufe y Elizabeth Carlson. Aquellas díadas difíciles de codificar en el patrón desorganizado, fueron consultadas por expertos.

-Pauta de identificación socio-demográfica: para los propósitos del estudio se construyó una pauta que incluyera información sobre el estado civil de las madres, el tipo de parto, el peso, la talla, edad de los infantes, e informaciones relacionadas.

#### 3.3.4. Análisis de datos.

Los datos fueron ingresados analizados utilizando el programa SPSS, donde se utilizaron estadísticas descriptivas para el análisis de la proporción de los diversos estilos de apego, y el estadístico Chi cuadrado para la relación entre patrones de apego y variables socio-demográficas.

### 3.4.RESULTADOS

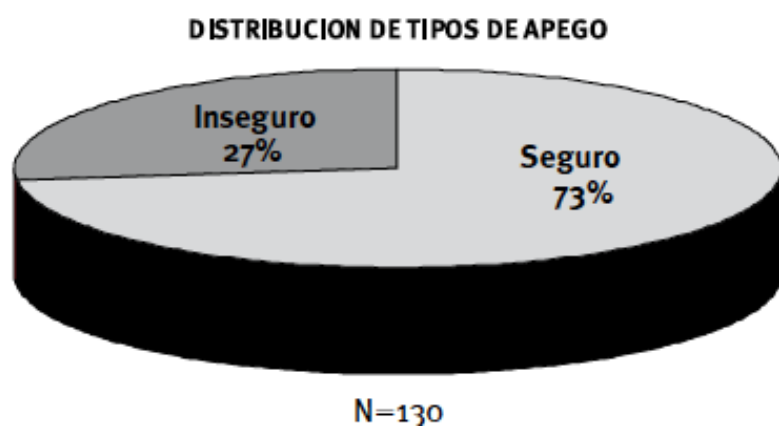
#### 3.4.1. Distribución de patrones de apego en las díadas.

Se analizarán las cuatro variantes de distribución del apego que arroja la PSE: a) apego dicotómico (seguro-inseguro); b) apego tricotómico (seguro-inseguro evitante-inseguro ambivalente); c) apego de 4 vías o “clasificación completa (seguro-evitante-ambivalente-desorganizado); d) sub-clasificaciones de apego (A1-A2-B1-B2-B3-B4-C1-C2).

##### -Distribución dicotómica.

El gráfico 1 muestra que la proporción de apego seguro es de 73.08%, y la de apegos inseguros es 26.92%.

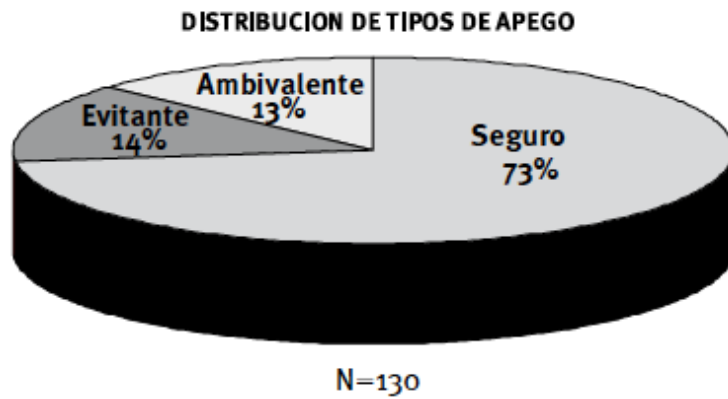
**Gráfico 1. Distribución dicotómica de apego (seguro/ inseguro) en la muestra del estudio**



##### -Distribución tricotómica.

La distribución de los estilos seguro, evitante y ambivalente, de acuerdo al modelo clásico de Ainsworth et al., (1978), muestran proporciones del 73.1%, 13.8%, y 13.1% (ver gráfico 2).

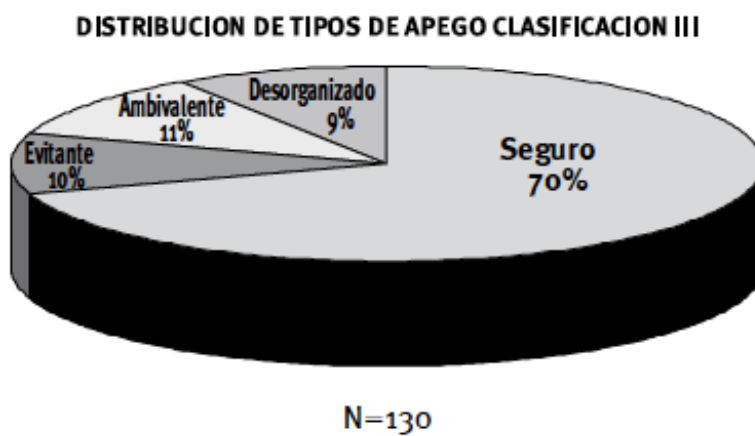
**Gráfico 2. Distribución tricotómica de apego (A-B-C) en la muestra del estudio**



-Distribución de cuatro categorías.

El gráfico 3 muestra la distribución completa, donde el 70% tiene apego seguro, el 10% evitante, el 11% ambivalente, y el 9% desorganizado. Es importante notar que al agregarse la categoría de desorganizado, el porcentaje en los otros patrones se modifica.

**Gráfico 3. Distribución de 4 vías de apego (A-B-C-D) en la muestra del estudio**

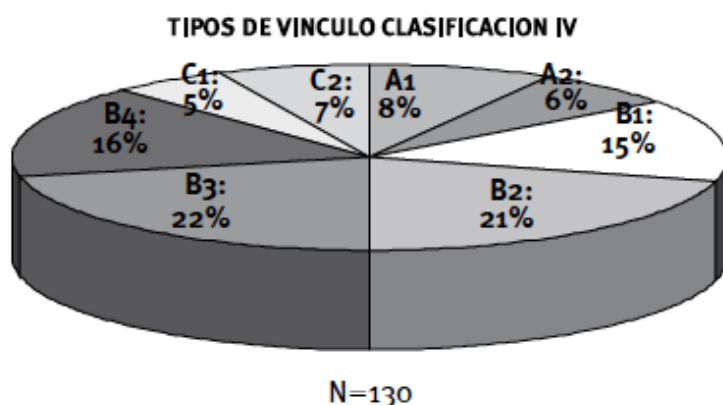




-Distribución de los sub-patrones de apego.

Finalmente, la distribución de las sub-clasificaciones, se encuentra que el estilo de apego “prototípicamente” seguro (B3) es el que presenta el porcentaje mas alto (22%), seguido del B2 (21%). El estilo evitante activo (8%) es levemente mas frecuente que el pasivo (6%), siendo lo contrario en el estilo ambivalente (activo 5% versus pasivo 7%) (ver gráfico 4).

**Gráfico 4. Distribución de sub-patrones de apego en la muestra del estudio**



### 3.4.2. Patrones de apego y su relación con variables socio-demográficas.

-Según edad de las madres.

No hay asociación significativa entre la edad de las madres y el estilo de apego (Tabla 1). No obstante, las madres adolescentes presentan el porcentaje más alto de apego inseguro, en relación a los otros rangos de edad, aún cuando esta relación no llega a ser estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 2.736$ ,  $\text{sig} = .225$ ).

**Tabla 1. Edad de las madres y estilos de apego dicotómico del hijo**

Edad	Seguro		Inseguro		Total
13-18	7	70%	3	30%	10 100%
19-35	68	70,1%	29	29,9%	97 100%
36-46	20	87%	13	13,0%	23 100%
Total	95	73,1%	35	26,9%	130 100%

-Según estado civil de las madres.

La tabla 2 muestra que aunque se observan diferencias de porcentaje de las madres con estado civil de conviviente en relación al resto, no hay asociación estadísticamente significativa entre las variables ( $\chi^2 = 0.500$ , Sig = .0779).

**Tabla 2. Estado civil de las madres y estilos de apego dicotómico del hijo**

Estado Civil	Seguro		Inseguro		Total
Casada	52	71,2%	21	28,8%	73 100%
Soltera	38	74,5%	13	25,5%	51 100%
Conviviente	5	83,3%	1	16,7%	6 100%
Total	95	73,1%	35	26,9%	130 100%

-Según paridad de las madres.

El patrón inseguro en la muestra de madres predomina en las primíparas, pero no siendo significativa esta relación ( $\chi^2 = 0.706$ ; Sig = .401) (Tabla 3)

**Tabla 3. Paridad de las madres y estilos de apego dicotómico del hijo**

Paridad	Seguro	Inseguro	Total
Primípara	41 69,5%	18 30,5%	59 100%
Múltipara	54 76,1%	17 23,9%	71 100%
Total	95 73,1%	35 26,9%	130 100%

-Según tipo de parto.

Para categorizar el tipo de parto, se utilizó la distinción entre partos de tipo eutócico (parto normal, de tipo vaginal sin alteraciones en su mecanismo), y parto distócico (parto con dificultades, en el que existen maniobras o intervenciones quirúrgicas en su evolución). El porcentaje de apegos seguros predomina significativamente en los partos eutócicos ( $\chi^2 = 5.084$ ; Sig = 0,024) (Tabla 4).

**Tabla 4. Tipo de parto y estilos de apego dicotómico del hijo**

Tipo de parto	Seguro	Inseguro	Total
Eutócico	53 80,3%	13 19,7%	66 100%
Distócico	32 61,5%	20 38,5%	52 100%
Total	85 72,0%	33 26,9%	118 100%

-Según sexo del infante.

En la tabla 5, se puede apreciar que la distribución de los patrones de apego según el sexo es similar. Por ende, no hay asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $\chi^2 = .784$ ;  $\text{Sig} = .784$ ).

**Tabla 5. Sexo del niño y su estilo de apego dicotómico**

Sexo	Seguro	Inseguro	Total
Niño	49 72,1%	19 27,9%	68 100%
Niña	46 74,2%	22 25,8%	62 100%
Total	95 73,1%	35 26,9%	130 100%

### 3.5.DISCUSIÓN

#### 3.5.1. Discusión.

El estudio 1 de la presente tesis, tuvo como objetivo general, evaluar la distribución de los estilos de apego en una muestra de 130 diadas de NSE medio-bajo y medio, provenientes de dos consultorios de atención primaria, en la Región Metropolitana (ciudad de Santiago-Chile). Así mismo, se analizaron posibles asociaciones entre los estilos de apego y determinadas variables socio-económicas, tales como la edad, estado civil, tipo y orden del parto, así como el sexo del niño.

El primer resultado relevante a destacar es la mayor frecuencia de apegos seguros en relación a los estudios internacionales realizados (van Ijzendoorn & Kroonenber, 1988; van Ijzendoorn & Sagi, 1999), superando levemente los dos tercios (73.1%) de apego seguro, y menos de un tercio de apego inseguro (26.9%). Sin embargo, se sigue mostrando la tendencia universal hacia los dos tercios de seguridad y

un tercio de inseguridad. Más aún, estos datos podrían evidenciar una cierta diferencia en relación a investigaciones que han mostrado que en los NSE medios y bajos se suelen mostrar mayores niveles de apegos inseguros y desorganizados (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Kroonenberg, 2004; van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg 1999; de Wolff & van Ijzendoorn, 1997). El presente estudio encontró una tendencia levemente contraria, al evidenciar niveles más altos de apego seguro, en una muestra de NSE bajo, y medio-bajo. Dos reflexiones pueden arrojarse en ese sentido: 1) si bien la muestra provenía de NSE inestables, los niveles de escolaridad encontrados no permitirían afirmar que la muestra Chilena es de alta vulnerabilidad en el NSE (por ejemplo, si se comparan los datos encontrados con el estudio de Bakermans-Kranenburg et al., 2004, con madres afro-americanas con niveles bajos de escolaridad, quien encontró que el NSE era un factor discriminante de la calidad del apego). Por ende, se considera que los niveles educativos de la muestra de el estudio 1, pudieron haber sido un factor protector indirecto de la alta seguridad encontrada; 2) la segunda conclusión, puede estar asociada a un variable mediadora de la seguridad del apego, que aunque ha sido poco investigada, parece ser un factor determinante, a saber, el nivel de compromiso maternal. En una serie de estudios publicados por Mary Dozier y su equipo, encontraron que el compromiso maternal era alto predictor de la calidad del apego, el desarrollo y la adaptación del niño (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001). Aunque no se pudo cuantificar, uno de los rasgos distintivos de las madres del estudio fue el alto compromiso a nivel de las asistencias, el hecho de que la mayoría de ellas había decidido quedarse en el hogar cuidando a sus bebés, por lo menos durante su primer año de vida, y la demanda constante por saber los resultados y la entrega de guías para el cuidado adecuado.

Otro aspecto distintivo de los resultados encontrados, estuvo relacionado al mayor equilibrio en la distribución de los patrones inseguros (Evitante-Ambivalente). La tendencia occidental consiste en encontrar mayor prevalencia de apegos evitantes (20%), frente a los ambivalentes (15%). Por otra parte, los estudios multiculturales refieren que los patrones culturales con tendencia a una mayor disciplina y autonomía, suelen presentar una mayor proporción de estilos evitantes, frente a países que privilegian mayoritariamente la dependencia física y emocional, la no separación de la madre, la lactancia prolongada, quienes evidencian mayores apegos ambivalentes (van Ijzendoorn & Sagi, 1999). El presente estudio estaría indicando una mezcla de orientaciones hacia ambos estilos. Futuros estudios podrían corroborar esta tendencia, controlando variables como el trabajo de la madre, (se ha evidenciado una relación positiva entre tiempo de trabajo y apegos evitantes (Belsky, 1988). Por último cabe mencionar que la proporción de apegos desorganizados es similar a las evidencias internacionales.

El segundo tipo de análisis realizado consistió en asociar los estilos de apego dicotómicos, con una variedad de indicadores socio-demográficos.

No se encontraron relaciones significativas entre la calidad del apego y la edad de las madres (aunque se observó una mayor tendencia de apego inseguro en madres adolescentes, en relación a las otras edades). Por un lado, se ha demostrado la relación entre adolescencia embarazada y apego desorganizado (van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999; Green & Goldwyn, 2002). Por otra parte, otras investigaciones han evidenciado que las madres de mayor edad, suelen presentar una mayor tendencia hacia el apego seguro (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Kroonenberg, 2004). En la continuación de la presente tesis, en el desarrollo de los niños en su tercer y cuarto año, evaluando dimensiones tales como el temperamento,

regulación emocional, Teoría de la Mente, y psicopatología, se encontró que la edad de la madre correlacionaba de manera positiva con todas las variables anteriormente mencionadas (Lecannelier, et al., 2006). Otra línea de estudio, que combina la T.A con enfoques de tipo Sociobiológico han encontrado que mientras más joven es la madre, mayor probabilidad tiene de caer en conductas negligentes y/o maltratadoras (Daly & Wilson, 1988). Al parecer, la tendencia es que la edad temprana es un factor de riesgo tanto para madres en situación de riesgo, como embarazo adolescentes. Una razón de una posible falta de asociación en el estudio, pudo estar relacionada al bajo numero de adolescentes (20), y al hecho de no estar en condiciones de riesgo (como las muestras de los estudios internacionales). Finalmente, remarcar que la mayor proporción de apego seguros se encuentra en el rango de 19-35 años.

Los resultados no arrojaron evidencias claras con respecto a la relación entre la seguridad del apego y el estatus marital de las madres. Aunque los estudios han demostrado que las madres envueltas en relaciones emocionales más satisfactorias, con más y mejor apoyo de parte de la pareja, suelen presentar una mayor seguridad y sensibilidad (Cox, Owen, Lewis, 1989; Goldberg & Easterbrook, 1984), y a su vez un apego más seguro con sus hijos (Howes & Markman, 1989), otros estudios no han podido corroborar esta afirmación, encontrando incluso resultados contradictorios (Belsky, 1999). Algunos autores han planteado que se encuentra en juego otras variables más allá de la condición marital de la madre, tales como el grado de satisfacción en el rol maternal, el compromiso maternal, el clima familiar, y el estado mental (M.I.T) de la madre en relación al apego (Belsky, 1999). Finalmente, llama la atención que la condición de convivencia es que muestra los porcentajes más altos de apego seguro.

En lo relativo a la paridad de las madres, contrario a lo esperado, no se encontraron asociaciones significativas con la calidad del apego (aunque se observa un predominio de un mayor apego inseguro en las madres primíparas). Sin embargo, dos importantes estudios realizados por el equipo de Marinus van IJzendoorn (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Kroonenberg, 2004; de Wolff & van IJzendoorn, 1997), no encontraron relaciones entre calidad del apego y paridad. En un conocido meta-análisis sobre los determinantes de la sensibilidad en el cuidado (medida directa de la calidad del apego), no se encontró que la paridad fuera una variable moderadora para la seguridad del apego. Del mismo modo, Bakermans-Kranenburg et al., 2004, realizaron una comparación de la calidad del apego en una muestra de NSE bajo y alto, no evidenciándose asociaciones significativas entre ambas variables. Por lo tanto, los resultados encontrados afirman la evidencia encontrada en otros estudios.

Al realizar una división entre partos de tipo eutócicos (parto normal sin riesgo) y partos distócicos (parto que necesita intervención quirúrgica) se encontró una relación significativa en relación a que las madres de partos normales sin riesgo tendían a presentar una mayor frecuencia de apegos seguros durante el segundo año de vida de los infantes. Aunque no se puede atribuir causalidad y determinismo entre estos procesos, la evidencia viene a confirmar toda una línea investigativa sobre el efecto hormonal (Oxitocina, Vasopresina, prolactina), cerebral (rol de la Corteza Orbitofrontal y áreas límbicas asociadas) y psiconeuroinmunológico (Cortisol, Sistema Nervioso Autónomo) que el parto puede ejercer en la “programación” de conductas maternas (ver Carter & Porges, 2013; Trevathan, 2013). Desde el punto de vista de la T.A., al ser el vínculo de apego un proceso que se desenvuelve a través del tiempo, no es esperable considerar una explicación viable el tipo de parto, sin embargo, futuros estudios deberían buscar



variables mediadoras que ocurran durante el primer año, que permitan comprender la asociación entre ambos procesos.

Por último, los resultados no mostraron relaciones significativas entre la calidad del apego y el sexo del niño. En general, los estudios han confirmado estos mismos resultados (Solomon & George, 1999). Algunas hipótesis evolucionistas actuales plantean que, a pesar de que hombres y mujeres han desarrollado roles diferenciales en la sociedad, ambos sexos han tenido que enfrentar desafíos evolutivos similares, y por ende, desarrollar estrategias vinculares de protección y exploración equivalentes (Simpson, 1999; Simpson & Belsky, 2016). Sin embargo, estudios realizados en ratas sobre la dinámica hormonal de la conexión social temprana, han demostrado diferencias claras entre los sexos, donde por ejemplo, las hembras tienen mas actividad de la Oxitocina, y los hombres de la Vasopresina. Ambas diferencias tienen resultados importantes a la hora de aprender los procesos de reconocimiento, selección y mantenimiento social (Carter & Porges, 2013).

### 3.5.2. Relevancia.

El presente estudio puede considerarse como uno (o el estudio en la fecha en que se realizó) de los pioneros en Sudamérica en analizar la frecuencia de patrones de apego en la primera infancia en Chile., utilizando un instrumento de observación controlada, considerado como el Gold Estandar. A nivel teórico, es un estudio que puede sensibilizar sobre las conceptualizaciones del vinculo de apego, desde una mirada actualizada y empíricamente validada. La T.A es actualmente uno de los modelos imperantes en diversas áreas de acción dentro de las ciencias sociales (psicología, trabajo social, pediatría, psicología jurídica, antropología, psiquiatría, y otros). Debido a lo anterior es que la aclaración conceptual de esta aproximación es una vía necesaria

para evitar confusiones y desconocimientos conceptuales. El presente estudio, permite ayudar a ese proceso, tanto en su formulación teórica, como en sus resultados. Así mismo, el estudio abre un debate actual sobre si el vínculo de apego es una “tendencia universal” o más bien una “tendencia cultural”. Es sabido que las prácticas de crianza están culturalmente determinadas (Lecannelier, 2016), pero al ser el apego un proceso de motivación biológica intrínseca, la pregunta queda por ser resuelta. A nivel de investigación, los resultados del estudio arrojan una serie de dudas y preguntas sobre cómo variables tan relevantes como la edad, el estado marital, o el proceso del parto pueden afectar posteriormente el desarrollo del vínculo de apego. A nivel práctico, los datos presentados, pueden permitir elaborar acciones de implementación basadas en la evidencia, considerando los procesos que afectan el vínculo temprano (como por ejemplo, generar políticas hospitalarias hacia el aumento de los partos naturales, frente a los intervenidos quirúrgicamente).

### 3.5.3. Limitaciones y futuras direcciones.

El estudio presenta ciertas limitaciones importantes a considerar: en primer lugar, haber realizado análisis de comparación entre jueces para el PSE. Es decir, haber cotejado un porcentaje de los videos codificados con otro juez experto, de modo de asegurar la confiabilidad de los resultados (especialmente, en aquellos de tipo desorganizado). Esto no se pudo lograr a cabalidad, ya que a la fecha, solo había una persona entrenada y certificada en dicho instrumento (el autor de la presente tesis); en segundo lugar, se pudo haber realizado una pesquisa mas profunda, sistemática, utilizando múltiples vías de información, para todas las variables, pre y peri-natal, así como las características socio-demográficas; finalmente, se pudo haber realizado una

estratificación mas adecuada de la muestra, de modo de representar todos los niveles sociales de la Región Metropolitana.

En relación a las futuras direcciones, existen diversas vías para ampliar este estudio y sus temáticas afines. En primer lugar, una proyección de este estudio se realizó, a través de una investigación longitudinal de los infantes, donde se les volvió a evaluar a los 24, 36, y 44 meses, en las dimensiones del temperamento, la regulación emocional, la Teoría de la Mente y la salud mental de los niños. El propósito principal del estudio consistió en explicar las dificultades de salud mental del preescolar (36 y 44 meses) a través de las variables anteriormente mencionadas, de modo de poder hacer modelos de regresión que pudieran dar pistas sobre los mecanismos que van dando lugar a problemáticas de salud mental. La publicación de los resultados se encuentra en proceso. Una segunda vía futura, es poder comparar las distribuciones de apego en niños que provengan de diversas regiones y etnias de Chile, y Sudamérica. Por ejemplo, comparar los resultados obtenidos aquí, con una muestra de la población indígena de Chile (Mapuches), o en infantes que viven en sectores rurales alejados de la capital. Una tercera proyección del estudio se relaciona, a diferencia del estudio longitudinal anteriormente mencionado, a realizar un estudio de tipo retrospectivo analizando un sinnúmero de variables desde el parto, embarazo, e historia de vida de las madres, y relacionarlas con la calidad y tipos de apego durante el segundo año.

#### 4.-ESTUDIO 2: EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN PARA PROMOVER EL DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL A TRAVÉS DE LA SEGURIDAD EN EL APEGO: UN ESTUDIO EN INSTITUCIONALIZACIÓN TEMPRANA EN CHILE<sup>7</sup>

##### 4.1.PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) es un organismo gubernamental en Chile, creado en 1979, cuya misión es la restitución de los derechos de los niños que han sufrido vulneraciones, a través de una red de programas de protección infantil. Desde un inicio, esta institución implementó una serie de programas organizados en un Sistema de Residencias para niños extremadamente vulnerados, desde los 0 hasta los 18 años. En aquella época, la estrategia principal para el cuidado alternativo de niños en condiciones de vulnerabilidad consistía en insertarlos en centros tipo orfanato, donde un alto número de infantes estaban a cargo por un número reducido de adultos. Hasta el año 1990 este sistema de institucionalización constituía el 62% de la oferta total de todos los programas del SENAME.

En el año 1991, Chile ratifica la Convención de los Derechos del Niño, fomentando un contexto institucional más exigente para la valoración de las políticas públicas de la época relativas al cuidado alternativo de los niños. Lamentablemente, el tránsito de las propuesta de la convención hacia la ejecución de cambios concretos y efectivos, para la promoción de un bienestar integral infantil, fue de una lentitud excesiva (SENAME, 2011). En efecto durante los últimos quince años la institucionalización seguía siendo uno de los principales programas al interior del SENAME.

Desde hace aproximadamente 13 años, comenzó un proceso de revisión de los estudios que analizaban los efectos nocivos que la institucionalización temprana inducía en los

---

<sup>7</sup> Estudio financiado por el área de adopción del SERVICIO NACIONAL DE MENORES (SENAME).

niños. La revisión de un sinnúmero de investigaciones internacionales evidenciaban el las consecuencias altamente nocivas de la institucionalización (ver Marco Teórico), lo que generó y activó una preocupación a nivel de gobierno sobre su realidad.<sup>8</sup> Sin embargo, la primera problemática, era que hasta la fecha no existían estudios que demostraran el estado psico-social de los infantes, especialmente durante sus primeros años de vida. Miles de niños se encontraban institucionalizados, pero la pregunta sobre su bienestar y desarrollo, estaba en el ámbito del silencio y del olvido. Por ende, un primer objetivo que aborda este estudio fue analizar el estado conductual, emocional y vincular de infantes que viven en residencias, producto de haber sufrido graves vulneraciones de parte de sus cuidadores principales., utilizando variables relacionadas con el desarrollo general, la calidad del apego, y el temperamento,

Sin embargo, si en esa fecha, se desconocía el nivel de bienestar de esos niños, la absoluta carencia de intervenciones en los cuidadores, para buscar recuperar los efectos negativos de la institucionalización, se convirtió en una urgencia para recuperar sus derechos (Lecannelier, 2004; Lecannelier & Hoffmann, 2007). Cabe remarcar que la realidad y conciencia de la época, a nivel de las instituciones encargadas de albergar a los infantes, era que la institucionalización temprana era la mejor solución frente a las vulneraciones experimentadas en la infancia, y así mismo, lo más relevante era que el infante pudiera desarrollar un adecuado funcionamiento psicomotriz, de modo de insertarlos posteriormente al sistema educativo Chileno. Pero se desconocía completamente que el mayor daño producido se encontraba más bien en las áreas emocionales, y más específicamente en toda la dimensión de la formación y desarrollo de los vínculos afectivos significativos con los otros (Dozier & Rutter, 2016). Como se

---

<sup>8</sup> A partir de 2015, una serie de investigaciones judiciales y denuncias por parte de los padres, llegó a la conclusión que incluso alrededor de 240 niños habían muerto debido a negligencias de las personas a cargo de las residencias. Incluso, se demostró que en el caso de niños mayores de 8 años, la prostitución, venta de drogas, malos tratos, e incluso violaciones entre los internos, era algo parte de la cultura de estos centros.

articuló anteriormente, el daño provocado en esta dimensión es de alto impacto, y a su vez, es lo más difícil de recuperar (especialmente cuando los infantes superan un tiempo de estar institucionalizados).

Por lo tanto, las dos problemáticas que orientan los objetivos del estudio 2 son, en primer lugar la falta de información y estudios empíricos sobre el nivel y calidad del desarrollo de infantes institucionalizados (0 a 2 años) en las dimensiones emocionales, vinculares y de adaptación, y en segundo lugar, la absoluta carencia, propuesta y validación de intervenciones, vía las cuidadoras de las residencias, que permitan generar un contexto de recuperación del desarrollo perdido. Ambas problemáticas tienen una estrecha relación con las políticas públicas de infancia del país, y a su vez, una necesidad de coherencia y adhesión concreta y real a los derechos de los niños .

#### 4.2.OBJETIVOS

Los dos objetivos del estudio son: a) evaluar el estado psico-afectivo de 62 bebés (2-12 meses) en condiciones de institucionalización en diversas residencias del país, en las áreas del apego, el desarrollo psicomotor, el temperamento y desarrollo social; 2) evaluar el impacto de una intervención basada en el fomento del desarrollo socio-emocional según la condición de seguridad del apego de los bebés con sus cuidadoras alternativas. El propósito último, fue generar una conciencia al interior de las políticas públicas sobre la urgencia de cambios en los propios sistema de institucionalización, y a su vez, implementar intervenciones que, a lo menos, ayuden a los niños a recuperar una parte del desarrollo perdido.

#### 4.3 METODO

El estudio es de tipo descriptivo y correlacional y su diseño es de tipo pareado, con medidas antes-después. La fase de post-evaluación se realizó a las 2 semanas de haber finalizado la intervención. La fase pre-evaluación tiene como objetivo analizar el objetivo 1. Importante remarcar que no fue posible realizar una comparación con un grupo de control, ya que la institución que financió el estudio consideró que todos los niños de los centros debían ser evaluados bajo la intervención propuesta, y no era posible dejar infantes con intervenciones de menor calidad.

##### 4.3.1. Descripción de la realidad de los centros de institucionalización.

La estructura y organización de los centros de protección del SENAME, varía ampliamente. Más específicamente, los centros de SENAME poseen una razón de niños: cuidadores que puede variar desde 6 a 20 niños por 1 cuidador. A su vez, los turnos pueden ser muy variables entre cada centro, pero en general se observa una alta rotación diaria de los adultos a cargo. Las condiciones físicas y estructurales de las residencias son adecuadas, pero muchos centros carecen de espacios de juego para la exploración y la interacción entre pares. El nivel de formación y entrenamiento de los cuidadores es bajo (o no existente), y la mayoría no posee una carrera especializada de educación. Finalmente, la rutina de los niños es altamente estructurada y rígida, dejando poco espacio a la atención personalizada y respetuosa de los bebés. El estudio fue realizado en centros distribuidos en diversas ciudades de Chile.

La otra institución evaluada, la cuál es privada (pero dependiente del SENAME), se encuentra localizada en la ciudad de Santiago de Chile (capital de Chile), en una comuna de alto nivel socio-económico. Tiene una razón de niños: cuidadores de 8 niños por 4 cuidadores. Las rotaciones son menores, y existen condiciones más adecuadas

para el juego, la exploración y la interacción. Existe un bajo nivel de formación y entrenamiento, y las rutinas son altamente estructuradas, con espacio básico para la atención personal.

#### 4.3.2.Participantes.

La población estudiada fueron bebés institucionalizados de 2 a 12 meses. La muestra se obtuvo de centros públicos dependientes de la organización gubernamental a cargo de la protección de la infancia (SENAME) y de un centro privado (Fundación San José para la Adopción Cristiana). Estos centros representan el 95% de las residencias que acogen a menores durante el primer año de vida. Cabe remarcar, que el segundo centro, a pesar de ser privado, es a su vez, dependiente del SENAME, en lo que a recursos y lineamientos de acción se refiere.

La información se obtuvo a través del análisis de las fichas y antecedentes de los bebés, proporcionados por las instituciones. Los bebés fueron evaluados en diversas ciudades del país (Santiago, Talca, Osorno, Temuco, Concepción, La Serena, Curicó y Rengo). Los criterios de exclusión de los bebés se relacionaron a la presencia de alguna patología orgánica u otro trastorno que imposibilitara la administración adecuada de los instrumentos. Los criterios de exclusión de las cuidadoras fueron, adultos con una alta rotación en el cuidado, adultos que explícitamente se rehusaron a estar involucradas en el proceso del estudio, y adultos que explícitamente referían querer buscar rápidamente otros trabajo. El total de bebés evaluados en la fase pre-tratamiento fue de 62 bebés y el total de bebés en la fase post fue de 41. Las razones de esta pérdida se debió a: 1) bebés fueron adoptados entre la evaluación pre y post; 2) dificultad de algunos centros para permitir la evaluación de los niños.



Se estudiaron 34 infantes masculinos y 28 infantes femeninos, cuya edad promedio total en días fue de 152.08 (DS=41.89). En promedio, la edad de institucionalización fue de 25.75 días (DS=43.22), y el APGAR promedio de los bebés fue de 8.62 (DS=1.6). En relación al tipo de parto 39 niños tuvieron un parto tipo Eutócico, y 23 del tipo Distócico. En la distribución de la muestra entre los centros del SENAME y el centro privado se encontró que el 25% de la muestra pertenece al centro privado, y el porcentaje restante (75%) a los diversos centros del SENAME, en diversas ciudades de Chile.

#### 4.3.3.Procedimiento.

El procedimiento básico se realizó a través de una serie de etapas de contacto y coordinación con las instituciones y centros involucrados en el estudio. Una vez realizado el primer contacto con cada uno de los centros, un equipo de evaluadores realizó una primera visita a las residencias con el objetivo de analizar las condiciones de recursos físicos y humanos para la aplicabilidad de la batería de evaluación (y realizar un primer contacto y colaboración con las cuidadoras de los centros). Del mismo modo, en esta primera visita se elaboró el listado de bebés a evaluar en conjunto con las cuidadoras, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión planteados. Posteriormente, las evaluadoras realizaron una segunda visita para aplicar la batería de pruebas, previo entrenamiento sobre la administración de las mismas. Cada evaluador fue entrenado en la batería de pruebas de acuerdo a un “manual de administración y codificación” elaborado por el equipo de investigadores del estudio. Por último, todas las sesiones de evaluación fueron grabadas en video para su posterior codificación y corrección. Una vez finalizada la evaluación pre-tratamiento, se aplicó la intervención que consistió en un entrenamiento a las cuidadoras acompañado de la entrega de un

manual que contenía los temas y actividades a implementar (Lecannelier, Hofmann, Casas, & Flores, 2007). Además, se entregó una “Hoja de Registro de Intervención” que las cuidadoras debían completar al final de cada semana y que recogía información sobre el nivel de motivación, comprensión, y aplicabilidad del manual. Por último, los entrenadores realizaron seguimientos vía reuniones en directo, e-mails o llamadas telefónicas, para acoger dudas y comentarios. La duración de la etapa de intervención fue de 2 meses. Finalmente, el equipo evaluador realizó una tercera visita a los centros de modo de aplicar los instrumentos de la fase post-intervención.

#### 4.3.4. Descripción de la intervención.

La intervención corresponde a un “Manual de Sensibilidad parental” aplicado a las cuidadoras de los centros, que consiste en el desarrollo y fomento de habilidades, conocimientos y actitudes adecuadas para comprender, manejar y valorar las competencias y desarrollo del bebé. Un meta-análisis demostró que este tipo de intervenciones es efectiva en aumentar la calidad del apego y el desarrollo socio-afectivo (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Juffer, 2003). El manual utilizado en el presente estudio fue elaborado por Lecannelier y colaboradores y fue publicado por SENAME (Lecannelier, Hoffmann, Casas, & Flores, 2005). El manual fue diseñado de modo que las cuidadoras lo pudieran aplicar en las actividades diarias y rutinarias con los bebés (lavar, mudar, alimentar, acostar, jugar, etc.), debido a la falta de tiempo extra para una atención mas selectiva y personalizada. El manual está dividido en dos sets de conocimientos, competencias y actitudes: básicas y específicas. Los aspectos básicos implican las competencias mínimas para interactuar con los bebés e incluye el fomento del contacto físico (masaje), contacto visual, y vocalizaciones. Los aspectos específicos incluyen un tipo de actividad más compleja y se relaciona al fomento de

juegos interactivos, la detección y regulación del temperamento, y la detección y regulación de los estilos de apego. Cada uno de estos elementos incluye una sección de conocimientos a adquirir y otra de competencias a desarrollar.

El procedimiento de implementación del manual fue el siguiente: 1) se contactó a las cuidadoras y se les explicó el objetivo de la intervención; 2) se realizó una capacitación práctica sobre los temas y organización del manual (4 horas de duración); 3) se inició la implementación de la intervención; 4) se realizaron evaluaciones de proceso de la implementación del manual a través de la Hoja de Registro de Intervención que incluyó preguntas cerradas y abierta sobre el aprendizaje e intervención del manual; 4) se realizó una sesión de cierre (motivando a las cuidadoras a continuar usando el manual).

#### 4.3.3. Medidas

*-Pauta de identificación del bebé:* se elaboró una pauta de información general que incluyó datos relativos a nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, fecha de llegada al centro, antecedentes pre-natales (respuesta abierta), tipo de parto (normal, cesárea, prematuro, tardío, con fórceps, y principio de asfixia), antecedentes perinatales, antecedentes médicos generales, y problemas generales (cólicos, problemas del dormir, alimentación y llanto excesivo).

*-Escala de Apego durante Stress de Massie-Campbell (ADS):* este instrumento es una versión modificada y adaptada de una pauta de observación de indicadores de la calidad del apego, observados tanto en el cuidador principal como en el infante (Massie & Campbell, 1978). La pauta de observación incluye 6 indicadores comportamentales de apego (mirada, vocalización, contacto A, contacto B, sosteniendo, afecto y proximidad) que se organizan en una escala de 1 a 5 puntos donde cada puntaje refleja una descripción específica del tipo de comportamiento a utilizar (por ejemplo, un puntaje de

1 en el indicador de “mirada” de la madre representa que “siempre evita mirar a la cara del bebé”). Aquellos puntajes cercanos al 1-2 son indicadores de un apego inseguro evitante (se utiliza el término “indicadores” ya que antes de los 12 meses no es posible asignar una clasificación clara del tipo de apego debido a que éste se encuentra en un proceso de desarrollo), y los puntajes cercanos al 5 son indicadores de apego inseguro resistente. Los puntajes cercanos al 3-4 son indicadores de un apego seguro. La codificación final, se realiza sobre el patrón de respuestas del bebé y de la madre (ver anexo) (Lecannelier & Zamora, 2013). Debido a la edad de los bebés (0 a 12 meses), solo se considerarán en este estudio las categorías generales de “seguridad” versus “inseguridad”. Diversos estudios han arrojado niveles de validez y confiabilidad adecuados (Acuña, Maturana, & Muñoz, 2011; Aguilar & Andia, 2009; Carcamo et al., 2013; López & Ramírez, 2005; Muraro & Rivas, 2011; Pereira, 2010) y hasta hace 5 años esta pauta se utilizó como medida estándar de evaluación del apego (a los 4 y 12 meses de edad de los bebés) en un Programa Nacional de Protección a la Infancia llamado “Chile Crece Contigo” (Lecannelier & Zamora, 2013). Así mismo, ha sido utilizada en diversos estudios en población de alto riesgo (Aguilar & Andia, 2009; Muraro & Rivas, 2011; Pereira, 2010) y de eficacia en modelos de intervención temprana (Lecannelier et al., 2009). Se evaluó el nivel de seguridad de los bebés con una cuidadora identificada como “significativa”, aunque en muchos casos, esta distinción no fue posible de ser realizada (y en esos casos, se escogió una cuidadora al azar). Las interacciones fueron grabadas en video y su codificación fue realizada por 3 equipos de 2 expertos con más de 5 años de experiencia en el uso de la escala y la observación del apego. Los desacuerdos fueron discutidos en equipo y el nivel de acuerdo entre jueces fue del orden del 80-90%. Por último, los codificadores fueron ciegos al tipo de centro del niño y sus antecedentes, pero no pudieron ser ciegos al

objetivo del estudio (ya que al observar los videos era evidente que los bebés estaban institucionalizados).

*-Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses (EEDP):* la escala EEDP es el principal instrumento utilizado en Chile para evaluar el desarrollo psicomotor en las áreas motora, lenguaje, social y coordinación, (Rodríguez, Arancibia, & Undurraga, 1978). El niño recibe un puntaje que puede corresponder a una de tres categorías de su desarrollo: Normal, De Riesgo, Con Retraso. Todas las evaluaciones fueron grabadas en video de modo de permitir una corrección exhaustiva libre de errores producto de la administración del momento.

*-Registro de Conductas del Bebé (Infant Behavior Record-IBR):* instrumento elaborado en la Universidad de Pennsylvania (Stifter & Corey, 2001). El instrumento contempla una serie de criterios de observación (11 ítems) que se aplican durante un lapso de tiempo a la conducta cotidiana del bebé y que se puntúan de 1 a 9 o de 1 a 5. Debido a que un solo observador podría omitir algún aspecto relevante de la conducta del bebé, el IBR requiere de la presencia de dos observadores que deben analizar la conducta del infante por 90 minutos y posteriormente codificar en conjunto los 11 ítems. Por último, el instrumento arroja 4 factores: Aproximación Social (que incluye responsividad al examinador, bajo nivel de miedo, tono emocional general, capacidad de resistencia y baja irritabilidad); Orientación a la tarea (atención a los objetos, y mantenimiento de la atención); Actividad (grado de movimiento corporal) y; Reactividad (sensibilidad del bebé a los estímulos).

#### 4.3.4. Análisis de datos.

Para el análisis de datos, se utilizaron estadísticas descriptivas para la frecuencia de estilos de apego y desarrollo psicomotriz, así como análisis de varianza y comparación de muestras para analizar las diferencias entre muestras, y análisis de

varianza para ver los efectos de la intervención, de acuerdo al patrón de apego (ver resultados).

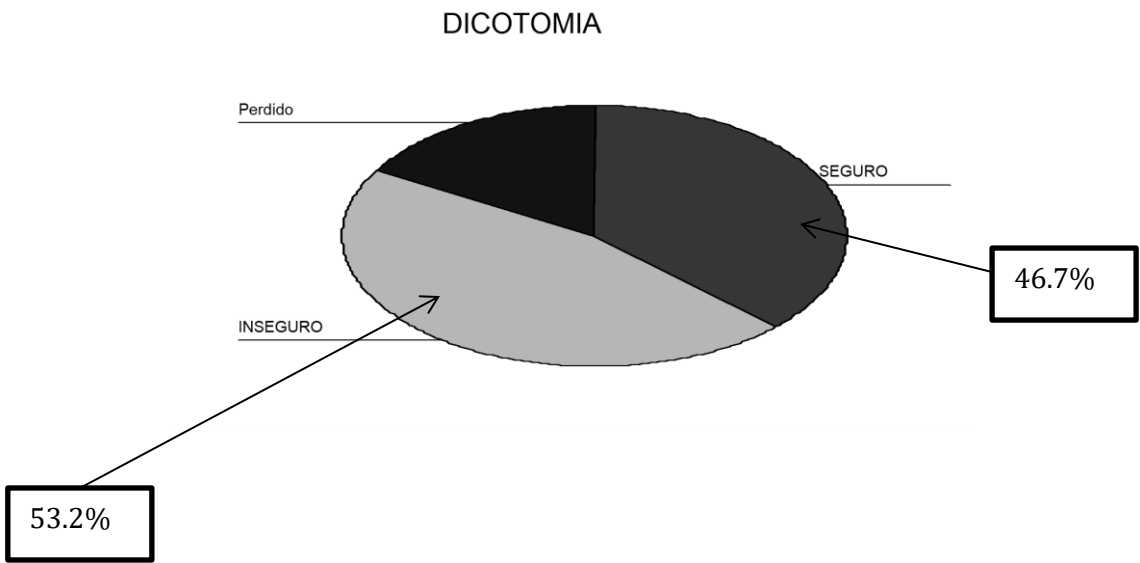
#### 4.4. RESULTADOS

##### 4.4.1. Estado psico-afectivo y desarrollo psicomotor de los bebés institucionalizados.

-Seguridad en el apego: En relación a la seguridad del apego, de los 62 infantes evaluados, 29 mostraron un apego seguro (46.7%) y 33 (53.2%) un apego inseguro (Figura 1). Comparando estos resultados con los del Estudio 1, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de apegos seguros (70% versus 46.7%) entre ambas muestras ( $z = 3.5$ ,  $p < 0,001$ ), donde la muestra normativa supera en seguridad a la muestra de bebés institucionalizados.

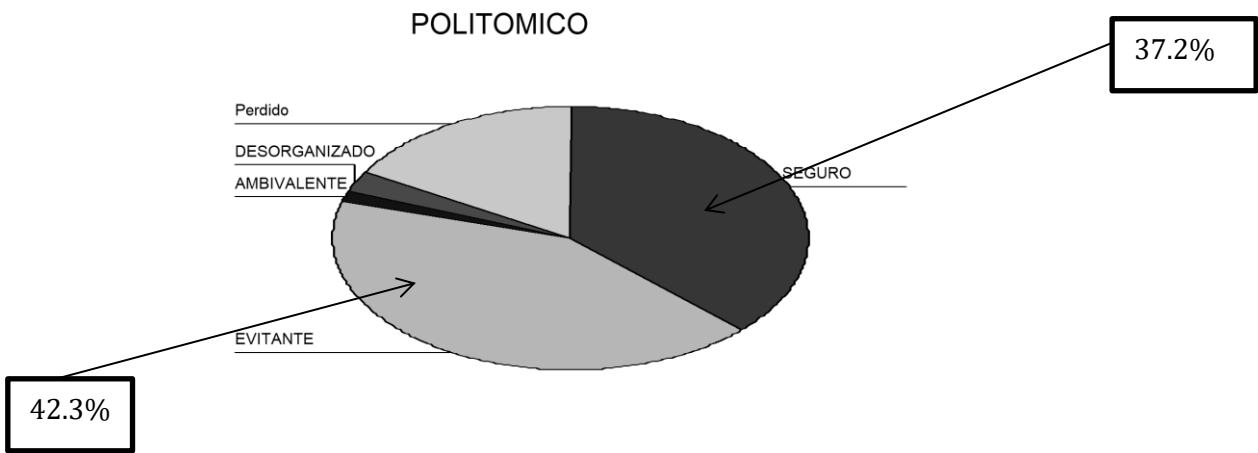
Así mismo, se realizó un análisis para observar la diferencia entre la calidad del apego entre los centros del SENAME, y la institución privada, encontrándose que la seguridad del apego (seguro v/s inseguro) difiere significativamente ( $X^2 = 3.985$ ,  $p > 0.05$ ), donde la proporción de apegos seguros es mayor en la residencia privada. Cabe remarcar que lo que aparece como “casos perdidos”, son aquellos bebés que debido a circunstancias medicas (bebés resfriados, o con fiebre, u otra dolencia de ese tipo), o situacionales de las cuidadoras (falta de tiempo, ausencias, etc.), o dificultades técnicas (dificultades con la video grabación, o videos grabados bajo el estándar del procedimiento), tuvieron que ser removidos de la muestra total.

Figura 1: Distribución dicotómica de la calidad del apego



En relación a la distribución de 4 vías se observa un 37.2% de apego tendiente a lo seguro, un 42.3% tendiente a lo evitante, un 1.3% de ambivalente, y un 2.6% de apego tendiente al riesgo y la desorganización (Figura 2). Un resultado llamativo en esta distribución, es que el alto porcentaje de bebés evitantes, se encontraban la mayoría de ellos, entre el límite de la evitación y el riesgo desorganizado (esto se discutirá posteriormente).

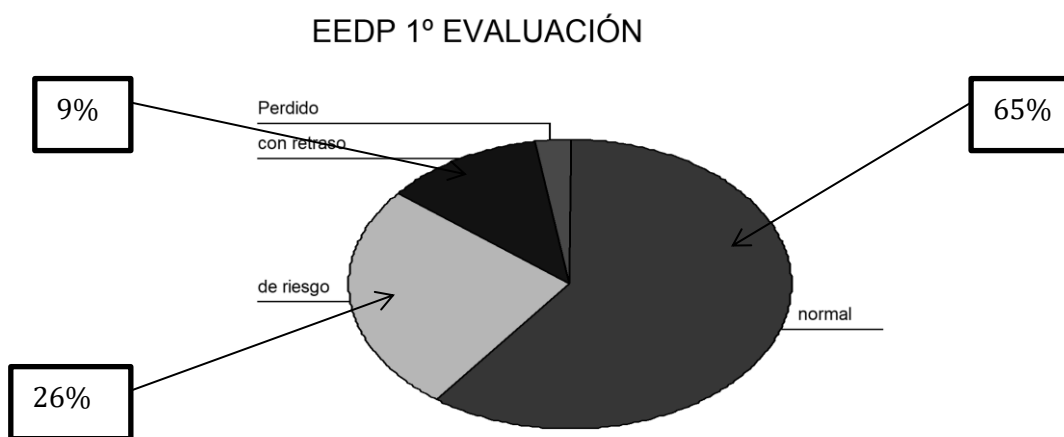
Figura 2: Distribución de 4 vías de la calidad del apego



-Desarrollo psicomotor: la figura 3 muestra que el 65% de los bebés presentan un desarrollo normal, un 9% con retraso, y un 26 % de riesgo, mostrando una tendencia hacia el desarrollo normativo, de acuerdo a otros estudios nacionales (Schonhaut, et al., 2010). Es decir, que a diferencia de la evidencia internacional, los bebés institucionalizados no presentan diferencias con la población normativa. La escala EEDP puntuó de modo diferente cuando se analizó la diferencia entre los centros públicos del SENAME y el centro privado, mostrando este último niveles más altos de desarrollo psicomotriz ( $t= 2.530$ ,  $p=.01$ ).

En relación a la seguridad del apego, no se encontraron diferencias significativas entre el desarrollo psicomotriz y el apego ( $\chi^2 = 2.770$ ;  $p=.250$ ).

Figura 3: Distribución de los niveles en el desarrollo psicomotor

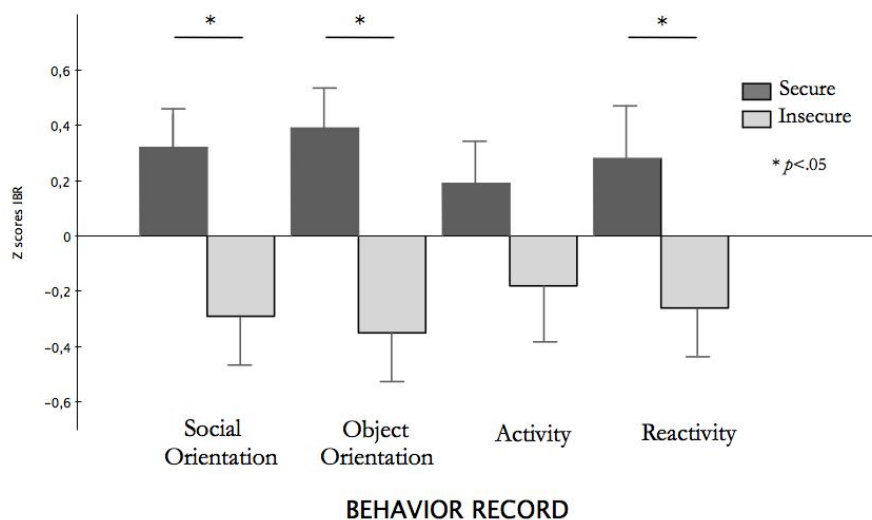


-Conductas temperamentales de los bebés en relación al apego: en la figura 4, se identifican las diferencias en los puntajes estandarizados del IBR según la seguridad del apego (seguro versus inseguro). Tanto en la orientación social, orientación al objeto y reactividad, los infantes con apego seguro mostraron mejores niveles, en comparación con los niños con apego inseguro. En el nivel de actividad no se encontró diferencias en los dos grupos. Esto último es coincidente con la ausencia de diferencias significativas entre el desarrollo psicomotor (medidos a través de la escala EEDP) y la seguridad del apego ( $\chi^2= 2.770$ ;  $p=.250$ ).



Al considerar la pertenencia del infante a un centro privado versus un centro público, se encontraron mejores niveles de orientación a los objetos ( $t=-2.778$ ;  $p<.05$ ), nivel de actividad ( $t=-2.201$ ;  $p<.05$ ), y reactividad ( $t=-1.873$ ;  $p<.05$ ), en el centro privado.

Figura 4: Puntajes estándar del IBR según seguridad del apego.



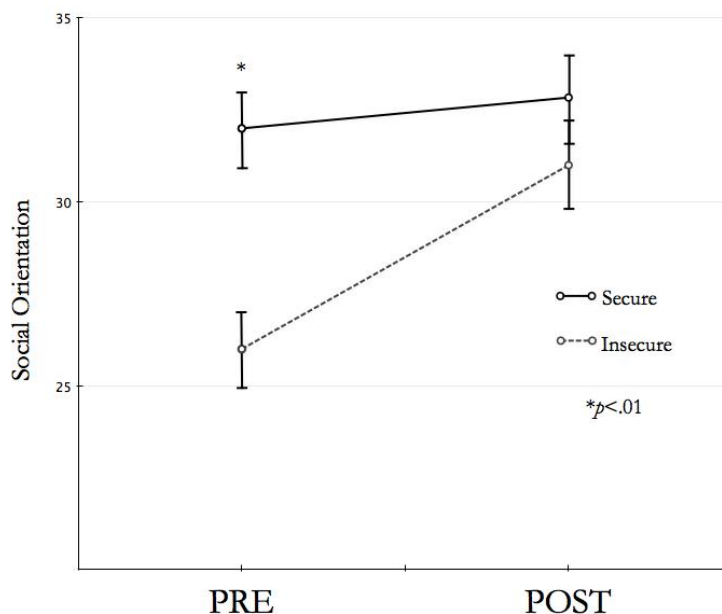
#### 4.4.2. Efectos pre-post de la intervención.

Para explorar el efecto de la intervención en las variables de interés (IBR y Desarrollo Psicomotor) según el nivel de seguridad del apego se realizó una ANOVA mixto, con un factor de grupo (seguro versus inseguro) y un factor intrasujeto de la variable de interés (pre-post), sobre estos puntajes. En cada caso se exploró a través del *Box's M test* la posibilidad de violación del supuesto de homogeneidad de varianza. En ninguno de estos test se encontró evidencia de falta de este supuesto (all  $p>.05$ ).

Al considerar el efecto de la intervención en el desarrollo psicomotor, no se encontraron efectos pre-post ( $F_{(1, 43)}=.662$ ;  $p=.420$ ), ni interacción con las categorías de seguridad del apego ( $F_{(1, 43)}=.731$ ;  $p=.397$ ).

En el caso del registro de la conducta del infante (IBR), en el factor de *orientación social* se encontró un efecto de orientación social cualificado con una interacción Grupo X Orientación Social significativa ( $F_{(1,43)}=5,834$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2p=.125$ ). Tal como se observa en la figura 5, las diferencias significativas previas a la intervención ( $t_{posthoc}=2.545$ ;  $p<.01$ ) entre el apego seguro e inseguro, desaparecen posterior a la intervención ( $t_{posthoc}=.629$ ;  $p=.533$ ). De hecho, a diferencia de lo niños seguros ( $paired\ t\ test=-.803$ ;  $p=.433$ ), el grupo de niños inseguros es el que significativamente aumenta sus niveles de orientación social ( $paired\ t\ test=-3.587$ ;  $p<.01$ ), comparativamente “normalizando” su performance..

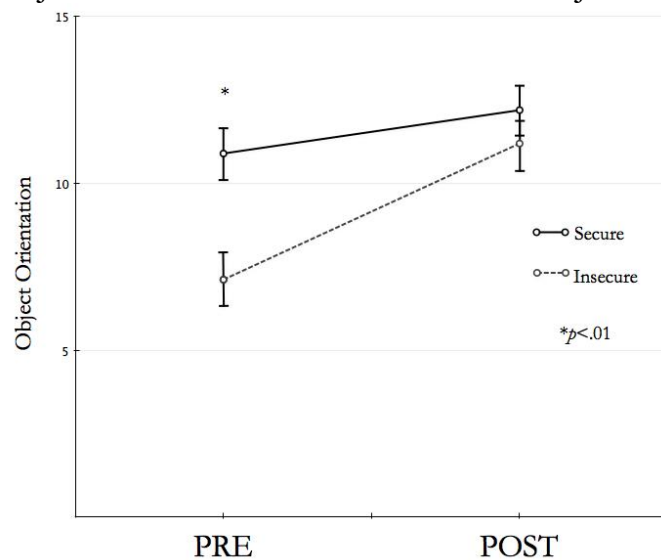
Figura 5. Interacción entre la seguridad del apego y la orientación social (PRE=Pre-Intervención; POST= Post-Intervención; Secure=Seguro; Insecure= Inseguro: Social Orientation= Orientación Social.



En la *orientación a objetos*, se encontró un efecto pre-post, pero además la prueba de efectos intrasujeto develó una interacción de grupo X orientación ( $F_{(1,43)}=6,811$ ;  $p<.05$ ;  $\eta^2p=.142$ ), donde al igual que en el caso de orientación social, el grupo inseguro redujo sus diferencias significativas previas a la intervención con el grupo seguro ( $t$

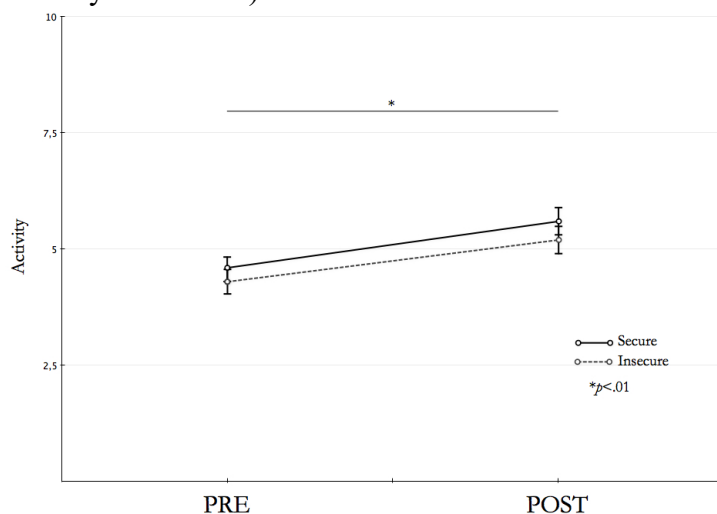
$posthoc=3.139$ ;  $p<.01$ ), a una igualdad estadística con dicho grupo ( $t_{posthoc}=.977$ ;  $p=.334$ ) (ver figura 4). A diferencia del factor de orientación social, tanto el grupo seguro ( $paired\ t\ test=-2.115$ ;  $p<.05$ ) como el inseguro ( $paired\ t\ test=-2.228$ ;  $p<.001$ ) se vieron beneficiados en su performance posterior a la intervención (Figura 6).

Figura 6. Interacción entre la seguridad del apego y la orientación hacia los objetos (PRE=Pre-Intervención; POST=Post-Intervención; Secure=Seguro; Insecure= Inseguro: Object Orientation= Orientación hacia los objetos.



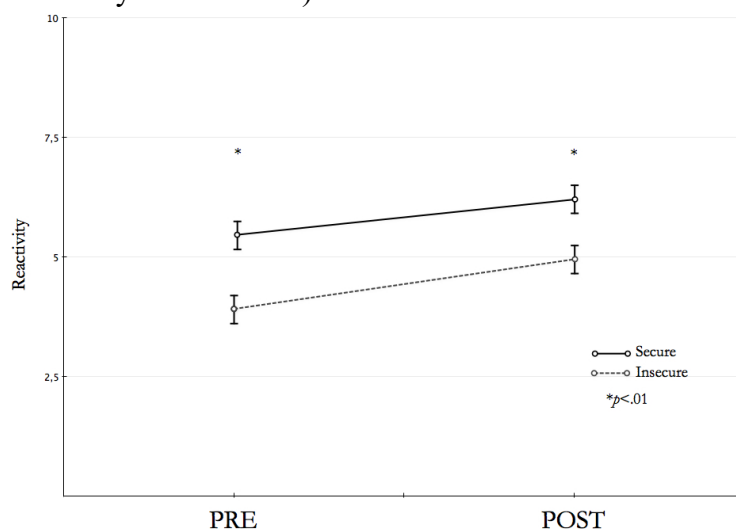
En el nivel de actividad, la prueba de efecto intrasujeto develó solo un efecto pre-post significativo ( $F_{(1,43)}=14,231$ ;  $p<.001$ ), y de una gran magnitud ( $\eta^2p=.258$ ). De este modo, independiente de la seguridad del apego, los infantes participantes del estudio aumentaron sus niveles de actividad posteriores a la intervención ( $paired\ t\ test=-3.916$ ;  $p<.001$ ). Las diferencias de grupo no fueron significativas ( $F(1, 41)$ ,  $p=.066$ ) (Figura 7)

Figura 7. Interacción entre la seguridad del apego y el nivel de actividad (PRE=Pre-Intervención; POST=Post-Intervención; Secure=Seguro; Insecure= Inseguro: Activity=Actividad)



Respecto del nivel de reactividad, las pruebas de efecto intrasujeto solo develaron un efecto pre-post ( $F_{(1, 43)}=9.378$ ;  $p<.01$ ;  $\eta^2p=.186$ ), donde nuevamente todos los sujetos independiente de su seguridad en el apego aumentaron sus niveles de reactividad independiente de la seguridad del apego (*paired t test*=-3.172;  $p<.01$ ). Sin embargo, en este caso, se observaron diferencias de grupo ( $F(1, 41)=9.255$ ;  $p<.01$ ) donde el grupo de apego seguro tuvo mayores niveles de reactividad, tanto en la evaluación pre ( $t_{posthoc}=2.220$ ;  $p<.05$ ), como en la post ( $t_{posthoc}=2,466$ ;  $p<.05$ ) (Figura 8).

Figura 8. Interacción entre la seguridad del apego y el nivel de reactividad (PRE=Pre-Intervención; POST=Post-Intervención; Secure=Seguro; Insecure= Inseguro: Reactivity=Reactividad)



Finalmente, se evaluó el efecto de la intervención en la seguridad misma del apego, haciendo una comparación de las frecuencias de seguro/inseguro entre las etapas pre y post. En este contexto, el test  $\chi^2$  de McNemar con la corrección de Yates no reveló diferencias significativas entre los grupos ( $\chi^2 = 0.64$ ,  $p = 0.50$ )

## 4.5. DISCUSIÓN

### 4.5.1. Discusión.

Se discutirán los resultados en tres niveles de análisis: 1) a nivel de la evidencia empírica encontrada sobre el desarrollo de los bebés institucionalizados; 2) a nivel del impacto de la intervención; 3) a nivel de los efectos en las políticas públicas sobre institucionalización temprana.

Los estudios sobre institucionalización temprana muestran que son escasas las investigaciones que analizan el estado del desarrollo de los bebés en situaciones propias de la institucionalización (ver Vorria et al., 2003; McCall et al., 2011), y la mayoría se suelen realizar en la etapa post-institucionalización (Rutter & Dozier, 2008; 2016). En relación al desarrollo psicomotor, los resultados encontrados se encuentran en rangos similares a muestras normativas de nivel socio-económico medio y alto en Chile, observándose un porcentaje similar del orden del 30% de déficit (Schonhaut, et al., 2010). Sumado a esto, evidencias internacionales han confirmado retrasos a nivel cognitivo general en niños institucionalizados (Morrison et al., 1995; van Ijzendoorn, Luijk, & Juffer, 2008; van Ijzendoorn et al., 2011). Una posible explicación de los resultados contradictorios, pueden estar relacionados al nivel de validez del instrumento. Por ejemplo, en el contexto de la escasez de estudios sobre institucionalización temprana en Chile, Martínez y Urdangarin (2005) evaluaron a 55 bebés institucionalizados, a través de tres diferentes escalas para medir el desarrollo

psicomotor, y encontraron que la EEDP evidenciaba los niveles mas bajos de discriminación de riesgo (5% de retraso similar al 9% encontrado en el presente estudio). Las autoras concluyen que, a pesar de que la escala EEDP se ha utilizado por décadas en Chile, presenta problemas de validez y confiabilidad.

En relación a la calidad y seguridad del apego, es importante aclarar ciertos puntos: debido a la edad de los bebés no fue posible utilizar la medida Gold Estándar para el apego (Procedimiento de la Situación Extraña), así como determinar con claridad el patrón específico de apego (debido a que éste se encuentra todavía en una etapa de “formación en proceso” (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969; Lecannelier, 2009). Más aún, debido a lo anterior, no fue posible determinar niveles de desorganización en el apego (sino propensión al riesgo). Así mismo, al arrojar el instrumento de apego variables categoriales, se ha demostrado que el cambio de la seguridad a la inseguridad del apego, es mas difícil, y requiere intervenciones mas duraderas y específicas. En ese sentido, las variables continuas del apego suelen mostrar mayor impacto (Greenberg, 2005; Solomon & George, 2016). Tomando en consideración las limitantes anteriormente mencionadas, los resultados demostraron que los bebés Chilenos en situación de institucionalización presentan niveles de inseguridad (53,2% de indicadores de apego inseguro) cercanos a la evidencia internacional presentadas en estudios de post-institucionalización (67% de apegos con organización insegura y 30% de desorganización (Chisholm, 1998); 40% apego desorganizado (O'Connor et al., 2003), y en estudios en bebés institucionalizados (66% apego desorganizado (Vorria et al., 2003), y 65,3% de apego desorganizado en niños Rumanos (Zeanah et al., 2005), y se contrastan claramente con el 71% de seguridad obtenido en el estudio 1 de la presente tesis, en una muestra normativa. En un nivel clínico, cabe remarcar que, a pesar de la dificultad de identificar patrones específicos de apego en la

presente investigación, los niños clasificados como “inseguros” desplegaron conductas bastante similares al tipo desorganizado o atípico (ausencia absoluta de llanto, de sonrisa, de interacción, de afectividad, e interés por establecer una conexión emocional con un adulto). Por lo tanto, aunque sería necesaria la existencia de mayores estudios en infantes posterior a los 12 meses, se podría hipotetizar que el porcentaje de apegos inseguros evitantes podrían ser comprendidos como apegos atípicos y/o desorganizados.

En relación al impacto de la intervención, es importante mencionar que a pesar de lo breve de la intervención propuesta, son notables los cambios observados en los procesos de orientación social, orientación a objetos, nivel de actividad y de reactividad. En las primeras dos variables, se observó una interacción significativa en los grupos de niños seguros e inseguros, donde los inseguros llegan incluso a nivelar su performance en relación a los seguros. Este dato es sorprendente considerando que el tiempo de institucionalización suele ser una de las principales variables que van deteriorando el desarrollo psico-social del niño (Maclean, 2003), por lo que la intervención tuvo el efecto de no solo presentar mejoras desde la etapa pre a la post, sino que pudo contrarrestar el riesgo generado por la inseguridad del apego en la relación con las cuidadoras. En los procesos de actividad y reactividad, si bien no se observaron efectos de interacción, la intervención mejoró la performance desde la etapa pre a la post. Una posible explicación de esta diferencia del comportamiento de las variables, radica en que uno de los componentes principales de la intervención consistió en aumentar las capacidades de las cuidadoras en la conexión emocional a través de la mirada, la vocalización y los juegos, por lo que fue esperable encontrar aumentos en las áreas del desarrollo que se relacionaban específicamente a los componentes del desarrollo socio-emocional (nivel de respuesta hacia el cuidador, el evaluador y las personas en general, interés en los objetivos y el mundo circundante) consideradas como esenciales en la

recuperación de los efectos nocivos de la institucionalización (St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008). Por lo anterior, en relación al foco de la intervención, no se esperaba encontrar un aumento en el desarrollo psicomotor de los bebés.

Con respecto a una evaluación general de la intervención, consideramos que los efectos positivos se relacionaron principalmente al uso de una metodología de trabajo didáctica, práctica, comprensible, y ordenada en un manual adaptado a la realidad socio-cultural de las cuidadoras. Otro elemento de impacto, se relacionó al hecho de no haber exigido el uso de un tiempo extra de trabajo, sino más bien optimizar las competencias socio-emocionales de cuidado ya existentes, en el contexto de las actividades cotidianas de cuidado. Dentro de los aspectos negativos, se considera el reducido tiempo de intervención, la falta de formación de las cuidadoras en temas referidos al desarrollo del bebé, y competencias de cuidado mas sensibles, así como el nivel de estrés alto asociado al bajo salario que reciben.

#### 4.4.2.Relevancia.

El presente estudio tiene enormes relevancias en diversos niveles de acción y comprensión: En primer lugar, fue el primer estudio en Chile donde se expuso a través de evidencia empírica, el estado en riesgo de los bebés institucionalizados. Esta evidencia empezó a generar una conciencia y sensibilización en los diferentes actores de la escena política y gubernamental, tanto sobre el conocimiento de que la institucionalización temprana es un ambiente que se aleja de las condiciones mínimas para un desarrollo adecuado, como que es urgente proponer un sistema de des-institucionalización. Esto fue generando cambios y mejoras en las políticas públicas sobre la calidad del cuidado y la sensibilización del niño institucionalizado, donde los



alcances y repercusiones de la investigación fueron amplios (aunque lentos en poner en práctica). En segundo lugar, permitió dar a conocer a diversos profesionales del área social, médica y legal, sobre los efectos negativos (desconocidos a la época) que tiene la institucionalización temprana en el desarrollo integral en el niño. En tercer lugar, permitió un proceso de re-evaluación y mejora de los centros de residencia, en el sentido de disminuir la razón de niños: cuidador, bajar los tiempos de permanencia de los infantes, mejorar el nivel de formación y actitud profesional y emocional de los cuidadores alternativos, mejorar las condiciones físicas de los centros, y especialmente, acelerar los procesos de adopción o colocación de los niños en familias. En cuarto lugar, permitió una mayor conciencia sobre la implementación de sistemas tempranos de detección de dificultades en los infantes institucionalizados, así como el fomento de programas de cuidado sensible por parte de las cuidadoras en los centros, a nivel nacional. En quinto lugar, dado que aproximadamente el 95% de los bebés que viven en condiciones de institucionalización suelen ser adoptados, los resultados del presente estudio permitieron un cambio en los sistemas de adopción hacia la implementación de un Sistema de Acompañamiento Post-Adoptivo que permita recuperar un desarrollo óptimo en los niños. Este programa está empezando a ser implementado a nivel nacional. Finalmente, esta investigación dio inicio a un proceso paulatino de implementación de un Sistema de Familias de Acogida Especializada (FAE) que pueda ir remplazando la institucionalización temprana. Todos estos cambios han sido progresivos, y lentos en entrar en funcionamiento, por lo que en la actualidad siguen estando en una etapa inicial, pero en camino hacia una progresiva conciencia del dolor y efecto perturbador de la institucionalización temprana, y un paulatino y lento funcionamiento de sistemas de cuidados alternativos. Desafortunadamente, en la actualidad siguen habiendo miles de infantes institucionalizados, productos de haber

sufrido vulneraciones y maltratos de parte de sus figuras de apego, y esperando volver a algún tipo de ambiente esperable para su desarrollo y bienestar futuro.

#### 4.4.3.Limitaciones y futuras direcciones.

La primera limitación se relaciona al tipo de método utilizado. Por razones éticas e institucionales de parte de la parte financiante del estudio, no se pudo realizar una metodología de ensayo control randomizado, utilizando una muestra de control aleatoriamente escogida. Debido a no haber podido realizar ese tipo de diseño, los datos de impacto de la intervención pueden ser puestos en dudas. Sin embargo, una característica que posee la vida del infante institucionalizado, es que no existen muchas variables externas que afecten su desarrollo. La mas importante es la maduración, pero se ha demostrado que en aquellos niños, el proceso de maduración va mas bien en deterioro (Johnson, 2000), por lo que las mejoras en los ámbitos del temperamento podrían ser atribuidos a la intervención. Una segunda limitación, se relaciona al haber focalizado la muestra en un rango de edad limitado (2 a 12 meses), lo que conllevó a tener una muestra relativamente reducida (aunque representaba alrededor del 80% de los bebés institucionalizados en Chile en ese periodo de tiempo), y así mismo, no haber podido registrar el nivel de riesgo en edades posteriores, utilizando una gama más amplia de instrumentos (2º y 3º año de vida). Finalmente, se considera como limitación lo breve de la intervención, y la imposibilidad de realizar sesiones regulares con las cuidadoras. Estudios posteriores realizados en Chile, donde los programas se organizan sobre la base de a lo menos 12 sesiones periódicas con las cuidadoras, ha arrojado mejores resultados (Lecannelier et al., 2014).

En relación a las futuras direcciones, una vía de investigación inevitable es el seguimiento de estos bebés institucionalizados hacia el periodo donde se encuentren

adoptados, de modo de poder analizar los cambios progresivos (y quizás regresivos) en su desarrollo, de modo de afirmar con evidencia lo que se menciona que “la adopción es la mejor estrategia de intervención para la institucionalización temprana” (van Ijzendoorn & Juffer, 2006). Resultados preliminares de este estudio de seguimiento se ha realizado, y los primeros resultados muestran que el proceso de cambio hacia la adopción, especialmente en niños que estuvieron más de 2-3 años institucionalizados, no arroja necesariamente datos siempre positivos, y por ende, el seguimiento y acompañamiento en este periodo es otra tarea fundamental a realizar. En otro sentido, es importante realizar estudios del impacto de intervenciones, donde se pueda analizar cual o cuales componentes de la intervención son más efectivos que otros, y así ir mejorando los programas. Esta constituye una etapa de nivel superior en las ciencias de la prevención, y es inevitable que las futuras investigaciones transiten por ese camino.

## 5.- DISCUSIÓN GENERAL.

La presente tesis tuvo como objetivo delinear un proyecto de investigación enmarcado dentro de la T.A, donde en primer lugar se realizó un estudio acorde con los inicios de este programa de investigación altamente exitoso en la actualidad, a saber, conocer la distribución de los estilos de apego en la infancia, utilizando una muestra Chilena, a través del procedimiento gold estándar para medir este proceso (PSE). Dicho estudio permitió abrir un camino hacia múltiples estudios sobre el apego a través del ciclo vital, que se están implementando en Chile e Iberoamérica (Causadias, Sroufe & Herreros, 2011). Así, conocer la distribución de apego en Chile se considera como un paso importante hacia el desarrollo de la investigación en la temática del apego, generando un avance importante para la ciencia en países que no sean del hemisferio norte.

Pero en la actualidad, la ciencia psicológica y educativa básica necesita dar un salto hacia la traslación de la evidencia empírica a la puesta en práctica de intervenciones informadas sobre la base de todo el acopio de conocimiento adquirido durante las últimas décadas. Más aún, este proceso de traslación debe estar focalizado en aquellas poblaciones de mayor riesgo, es decir, en las edades más tempranas del ciclo vital, y más aún, en las edades tempranas en riesgo. El segundo estudio de esta tesis dio un primer salto hacia este objetivo, al incluir una población de extremo riesgo, pero olvidada en muchas sociedades en vías de crecimiento. Los resultados encontrados, entregan una importante señal sobre el hecho de que mientras mas temprano uno interviene pareciera funcionar la lógica del “menos es más”, ya que una simple intervención de cuatro horas, más la entrega de un manual didáctico, pudo generar cambios en algunas áreas fundamentales del desarrollo socio-emocional de los infantes. Por ende, la ciencia básica (y descriptiva) junto con la investigación acción, deben ser el paso lógico siguiente hacia la unión de ambas en una sola ciencia preventiva traslacional.

#### 4 REFERENCIAS

- Acuña, E., Maturana, P., & Muñoz, A. (2011). Adaptación y validación de la Escala de Apego durante Estrés (ADS) en diadas madres-bebés chilenas. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo.
- Aguilar, P & Andía, R. (2009). *Relación entre los tipos de apego según escala Massie Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural niebla*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M.D.S. (1973). The development of infant-mother attachment. En B.M. Caldwell, y H.N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research Vol.3. Child development and social policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M.D.S., y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Ainsworth, M.D.S., y Wittig, B.A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En B.M. Foss (Eds), *Determinants of infant behavior* , vol.4, (pp.113-136). London: Methuen.
- Ames, E.W. (1997). Development of Romanian orphanage children adopted to Canada. Final Report to the Human Resources Development Office, Ottawa, Canada.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Kroonenberg, P.M. (2004). Differences in attachment security between African-American and white children: ethnicity or socio-economic status? *Infant Behavior & Development*, 27, 417-433.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216.
- Bakermans-Kranenburg et al., (2011). Attachment and emotional development in institutionalized care: Characteristics and catch-up. En B. McCall, M.H. van IJzendoorn, F. Juffer, Ch. J. Groark., & V.K. Groza (Eds), Children without permanent parents: Research, Practice, and Policy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50 Serial No. 301, vol.76, N°4, 31-61.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2008). Commentary. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. En McCall et al., The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. The St Petersburg-USA orphanage research team. *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 42(5), 1-94.

- Barnard, K., & Dozier, M (2010). Examining infants' cortisol response to laboratory task among children varying in attachment disorganization: Stress reactivity or return to baseline? *Developmental Psychology*, (46), 6, 1771-1778.
- Bauer, M., Corti, A., González, E., Sassón, E., Weigensberg, A., & Altmann, M. (2014). Talleres interdisciplinarios para capacitación del personal de salud en desarrollo infantil: aportes de la Teoría del Apego. En G. Posada, B. Torres, & J. Causadias (Eds), *Investigación y aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego* (p. 227-244). Editorial Psimática.
- Belsky, J. (1999a). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp.141-161). New York: Guilford Press.
- Berlin, L.J., Ziv., Y., Amaya-Jackson, L. & Greenberg, M.T. (Eds.), (2005). *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy*. New York: The Guilford Press.
- Berlin, L.J., Zeanah, Ch., & Lieberman, A. (2008). Prevention and intervention programs for supporting earlt attachment security. En J. Cassidy & Ph. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, Second Edition: Theory, Research, and clinical applications* (pp.745-761). New York: The Guilford Press.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: An empirical rapprochement. *Child Development*, 50, 787-795.
- Berlin, L.J. (2005). Interventions to enhance early attachments: The state of the field today. En L. J. Berlin, Y. Ziv., L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy* (pp.3-33). New York: The Guilford Press.

- Blaffer Hrdy, S. (2009). *Mothers and others. The evolutionary origins of mutual understanding*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Bowlby, J. (1944). Fourty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 107-127.
- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1960a). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 1-25.
- Bowlby, J. (1960b). Grief and mourning in infancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 3-39.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J.(1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J., and Robertson, J. (1952). A two-year-old goes to hospital. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 46, 425–427.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: an attachment story completion task for 3-year-olds. En M.T, Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings, E.M. (Eds.), *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention* (pp. 273-310). The University of Chicago Press.



- Bretherton, I., y Munholland, K. A. (1999). Internal Working Models in Attachment Relationship: A Construct Revisited. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 89-114). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I., y Munholland, K. A. (2016). The Internal Working Models construct in light of contemporary neuroimaging research Attachment Relationship: En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 63-90). New York: Guilford Press.
- Browne, K. Hamilton-Giachritsis, C. Johnson, R. & Ostergren, M. (2006) Overuse of institutional care for children in Europe. *British Medical Journal*, 332, 485-487.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationship in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carbonell, O.A., & Plata, S. (2014). Evaluación de un modelo de intervención temprana focalizado en la sensibilidad maternal. En G. Posada, B. Torres, & J. Causadias (Eds), *Investigación y aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego* (p. 245-268). Editorial Psimática.
- Cárcamo, R. A., van Ijzendoorn, M. H, Vermeer, H. J., & van der Deer, R. (2013). The validity of the Massie-Campbell Attachment During Stress Scale (ADS). *Journal of Child Family Studies*. Advance online publication. doi 10.1007/s 10826-013-9728-z
- Carter, C.S. & Porges, S.W. (2013). Neurobiology and the evolution of mammalian social behavior. En D. Narvaez, J. Panksepp, A. N. Schore, & T. Gleason, T. (Eds.), *Evolution, early experience and human development* (pp. 129-131). Oxford University Press.

Cassidy, J. (2016). The Nature of the child's ties. En J. Cassidy, P.R. & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, Third Edition: Theory, Research, and clinical applications* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.

Cassidy, J., & Shaver, Ph. R. (Eds.) (2008). *Handbook of attachment, Second Edition: Theory, Research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.

Cassidy, J., & Shaver, Ph. R. (Eds.) (2016). *Handbook of attachment, Third Edition: Theory, Research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.

Causadias, J.M., & Posada, G. (2013). The relevance of cross national studies of early attachment: *Research advances in Latino-América. International Society for the Study of Behavioral Development*. 1 (63), p. 18-21.

Causadias, J. M., Sroufe, L. A., & Herreros, F. (2011). The establishment of an attachment research network in Latin America: Goals, accomplishments, and challenges. *Attachment and Human Development*, 13, 193-198.

Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69(4): 1092-1106.

Craik, K.J.W. (1943). *The nature of explanation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Colvert, E., Rutter, M., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, Ch., Hawkins, A., Stevens, S., & Sonuga-Barke, J. (2008). Do theory of mind and executive function deficits underlie the adverse outcomes associated with profound early deprivation?: Findings from the English and Romanian Adoptees Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 36, 1057-1068.

- Cox, M.J., Owen, M.T., & Lewis, J.M. (1989). Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development*, 60, 1015-1024.
- Crittenden, P.M. (1995). Attachment and Psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr, (Eds.), *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical, and Social significance*. New York: The Analytic Press.
- Crittenden, P.M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. En J.I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk*. Monographs of the Society for Research on Child Development (pp. 145-171).
- Crowell, J.A., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, 38, 467-479.
- Dawkins, R. (1976). *El gen egoísta*. Salvat, Barcelona.
- De Wolff, M.S., & van Ijzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68(4), 571-591.
- Dontas, C., Maratos, O., Fafoutis, M., & Karangelis, A. (1985). Early social development in institutionally reared Greek infants: Attachment and peer interaction. En I. Bretherton & E. Waters (eds), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2 serial No. 209), 135-175.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E., & Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 10, 61-71.
- Dozier, M., & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationship faced by young children in foster and adoption care. En J. Cassidy y

Ph. Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications. Second Edition* (pp. 698-717). New York: Guilford Press.

Egeland, B., Weinfield, N.S., Bosquet, M., & Cheng, V.K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. En J.D. Osofsky & H.E. Fitzgerald (Eds.), *Handbook of Infant Mental Health. Volume four: Infant Mental Health in groups at high risk* (pp. 35-89). World Association for Infant Mental Health. New York: John Wiley.

Erickson, M.F., Kormacher, J., & Egeland, B.R. (1992). Attachments past and present: Implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. En Achenbach (Ed.), *Development and Psychopathology*, (pp. 495-507). New York: Cambridge University Press.

Field, T. (1990). *Primera infancia* (de 0 a 2 años). Ediciones Morata.

Fisher, L., Ames, E.W., Chisholm, K., & Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-83.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press.

Goldberg, S. (2000). *Attachment and development*. Arnold.

Goldberg, W.A., & Easterbrooks, M.A. (1984). The role of marital quality in toddler development. *Developmental Psychology*, 20, 504-514.

Greenberg, M.T. (2005). Enhancing early attachments: Synthesis and recommendations for research, practice, and policy. En L. J. Berlin, Y. Ziv., L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy* (pp. 327-344). New York: The Guilford Press.

- Grossmann, K.E., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: stability and change during the years of immaturity. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp.760-786). New York: Guilford Press.
- Gunnar, M.R. & Cheatham, C.L. (2003). Brain and behavior interface: Stress and the developing brain. *Infant Mental Health Journal*, vol.24 (3), 195-211.
- Gunnar, M.R., & Cicchetti, D. (2009). Meeting the challenge of translational research in Child Psychology: Opportunities and Roadblocks. En D. Cicchetti & M.R. Gunnar (Eds), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Vol.35. Meeting the challenge of Translational research in Child Psychology* (pp. 1-27). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hamilton, W.D. (1964). The genetical evolution of social behaviour. *Journal of Theoretical Biology*, 7, 1-52.
- Harlow, H.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*. 13, 673-685.
- Haugaard, J., & Hazan, C. (2003). Adoption as a natural experiment. *Development and Psychopathology*, 15, 909-926.
- Herstsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M.F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical response to the Strange Situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationship. *Child Development*, 66, 1100-1106.
- Herreros, F., Neriz, C., & Magnani, L.M. (2013). An investigation for the attachment formation and organization of infants living in Chileans institutions. Poster presentado en el III Encuentro Internacional de la Red Iberoamericana de Apego (RIA), San Diego, EEUU.
- Hesse, E. (2016). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and selected empirical studies: 1985-2015. . En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.),

*Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 553-597). New York: Guilford Press.

Hillburn-Cobb, C. (1996). Adolescent-parent attachments and family problem-solving styles. *Family Process*, 35, 57-82.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge.

Howes, P., & Markman, H.J. (1989). Marital quality and child functioning: A longitudinal investigation. *Child Development*, 60, 1044-1051.

-Hughes, D.A. & Baylin, J. (2012). *Brain based parenting: The neuroscience of caregiving for healthy attachment*. Norton & Company.

Insel, T.R. (2009). Disruptive insights in psychiatry: Transforming a clinical discipline. *Journal of Clinical Investigation*, 119, 700-705.

Johnson, D.E. (2000). Long-term medical issues in international adoptees. *Pediatric Annals*, 29, 234-241.

Johnson, D.E., & Gunnar, M.R. (2011). Growth failure in institutionalized children. En B. McCall, M.H, van Ijzendoorn, F. Juffer, Ch. J. Groark., & V.K. Groza (Eds), Children without permanent parents: Research, Practice, and Policy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 Serial No. 301, vol.76, N°4, 92-126.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van Ijzendoorn, M. (2007). *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention (Monograph in Parenting series)*. Routledge Academic.

Katsurada, E. (2007). Attachment representation of institutionalized children in Japan. *School Psychology International*, 28 (3), 331-345.

Kerns, K.A., & Richardson, R.A (Eds.) (2005). *Attachment in middle childhood*. New York: The Guilford Press.

- Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships. Implications for theory, research and clinical intervention. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp.21-43). New York: Guilford Press.
- Lecannelier, F. (2002). Apego y autorregulación en el desarrollo humano. *Persona & Sociedad*, vol. XVI, n°3, pp.99-110.
- Lecannelier, F. (2003). Psicología y teoría evolutiva: Aspectos históricos y conceptuales. *Pensamiento & Sociedad*, Año 2, n° 2-3, 127-149.
- Lecannelier, F. (2004). Apego & Adopción: Evidencias y Recomendaciones. Fundación San José, *Adopción: Mejorando caminos*. Ediciones Fundación San José.
- Lecannelier, F. (2005). Apego e institucionalización: Un estudio empírico. Memorias de las XII Jornadas de Investigación y Primero Encuentro en Psicología del MERCOSUR.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental PARTE I*. Editorial LOM.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e Intersubjetividad. Segunda parte: La Teoría del Apego*. Editorial LOM.
- Lecannelier, F. (2012). Programas de prevención en el fomento de la seguridad del apego en contextos vitales del niño: La experiencia Chilena. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 20, 19-28.
- Lecannelier, F. (2013a). *Conocimiento & Complejidad. Una perspectiva evolucionista*. Editorial LOM.
- Lecannelier, F. (2013b). El uso de la mentalización y la regulación emocional en programas de intervención temprana para el fomento de la seguridad en el apego.

Revista de Mentalización, nº 1, [http:](http://revistamentalizacion.com/ultimonumero.html)

<http://revistamentalizacion.com/ultimonumero.html>.

Lecannelier, F. (2014a). Intervenciones tempranas basadas en el fomento del apego:

Formas, evidencias, sugerencias y reflexiones. En G. Posada, B. Torres, & J.

Causadias (Eds), *Investigación y aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego* (p.

270-279). Editorial Psimática.

Lecannelier, F. (2014b). Programma di intervento per l'aumento della sicurezza

nell'attaccamento per bambini da 1 a 5 anni e le loro famiglie: A.M.A.R-

Terapeutico. En A. Quiñones, P. Cimbolli, A. Pascale, M.G. Strepparava (Eds.), *La*

*Psicoterapia dei processi di significato personale. Manuale teorico-pratico* (pp.

181-192). Roma: Casa Alpes.

Lecannelier, F. (2014c). A.M.A.R: Un modelo de intervención basado en el fomento del

apego. En G. Posada, B. Torres, & J. Causadias (Eds.), *Investigación y aplicaciones*

*clínicas de la Teoría del Apego* (125.144). Editorial Psimática.

Lecannelier, F. (2015). *Apego, Mentalización & Regulación Emocional en Trauma*

*Complejo: Guías prácticas*. SENAME/ONG Raíces.

Lecannelier, F. (2016). *A.M.A.R. Hacia un cuidado respetuoso de apego*. Ediciones B.

Lecannelier, F. (2017). Attachment and complex trauma: An intervention program for

institutionalized infants. En Gojman, Milán, Herreman & Sroufe (Eds), *Attachment*

*across clinical and cultural perspectives* (p. 243-255). Routledge, Taylor and

Francis Book.

Lecannelier, F., Hoffmann, M., Casas, A., & Flores, F. (2007). *Manual de estimulación*

*socio-afectiva para bebés de 0 a 12 meses*. Santiago: Publicación SENAME.



- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2010). Apego & psicopatología: Una revisión actualizado sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Revista de Terapia Psicológica*, 29 (1), 107-116.
- Lecannelier, F., & Hoffmann, M.(2007). Apego, institucionalización e intervención temprana. (pp. 249-268). En M. Bauer, E. González, E. Sassón, A. Weigensberg, A. Corti, & M. Altmann (Eds), *Resiliencia y vida cotidiana* (pp.211-230). Psicolibros-UNICEF.
- Lecannelier, F., & Zamora, C. (2013). *Manual de administración, codificación y uso de la Escala de Apego Durante Stress (ADS-III) para la evaluación del vínculo temprano*. Universidad del Desarrollo/Ministerio de Salud/Gobierno de Chile.
- Lecannelier, F., Kimelman, M., González, L., Nuñez, C., & Hoffmann, M. (2008). Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en dos centros de atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, año XVII, 197-207.
- Lecannelier, F., Silva, J., Morales, R., Melo, R., & Hoffmann, M. (2014). Effects of an intervention to promote socio-emotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile. *Infant Mental Health Journal*, 35 (2), 151-159.
- Lecannelier, F., Jorquera, L., Banderas, J., Sarmiento, P., & Muñoz, P. (2014). *Manual de implementación: Programa A.M.A.R-Cuidadores para el fomento del apego y el desarrollo socio-emocional en la infancia temprana (0-24 meses)-III-Versión*. Universidad del Desarrollo/Ministerio de Desarrollo Social.
- Lecannelier, F., Jorquera, L., & Porres, M. (2014). *Manual de implementación: Programa A.M.A.R-Educacional para el fomento del aprendizaje socio-emocional a través del vínculo de apego. II Versión*. Universidad del

Desarrollo/Ministerio de Desarrollo Social.

Le Mare, L., & Audet, K. (2002). Attention abilities of Romanian orphans ten years after being adopted in Canada. Poster presentado en el International Society for the Study of Behavior Development, Ottawa, Ontario.

Lieberman, A.F., & van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: The Guilford Press.

López, C. y Ramírez, M. (2007). Validación de Instrumento Para Evaluación de Apego en Lactantes Chilenos. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 8 (2), 74-80.

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, A., & Cibelli, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. (pp. 520-554). New York: Guilford Press.

Lyons-Ruth, K., y Jacobvitz, D. (2006). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathway to disorder. En J. Cassidy, P.R. & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, Third Edition: Theory, Research, and clinical applications* (pp. 667-696). New York: The Guilford Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp.161-184). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: related to conflict behavior and the readiness to establish new relationship. *Child Development*, 52, 932-940.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Marrone, M.(2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Editorial Psimática.
- Massie, H., & Campbell, B. K. (1978). *The Massie-Campbell Scale of Mother-Infant Attachment Indicators during Stress*. Unpublished Manual.
- McCall, R.B., van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F., Groark, Ch.J., & Groza, V.K. (2011). *Children without permament parents: Research, practice, and policy*. Monographs of the Society for Research in Child Development. Serial nº 301, Vol. 76, 4.
- Mahoney, M., & Freeman, W. (1985). *Cognición & Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behavioral problems in Romanian

- children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 17-31.
- Mayr, E., & Provine, W.B. (1980). *The evolutionary synthesis. Perspective on the unification of biology*. Harvard University Press.
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- McMahan, M., Pisani, L., & Oumar, F. (2001). Infant-mother attachment among the Dogon of Mali. *Child Development*, vol.72, n°5, pp.1451-1466.
- Martinez, C., & Urdangarin, D. (2005). *Evaluación del desarrollo psicomotor de niños institucionalizados menores de 1 año, mediante tres herramientas distintas de evaluación*. Tesis para optar al grado de Kinesiología, Universidad de Chile.
- Mitchell, M. (2013). *Complexity. A guided tour*. Oxford University Press.
- Moss, E., St-Laurent, D., y Parent, S. (1999). Disorganized attachment and developmental risk at school age. En J. Solomon y C. George. C. (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 160-188). New York: Guilford Press.
- Muraro, M. & Rivas, M (2011). *Factores de riesgo clínicos y sociodemográficos en el establecimiento del vínculo de apego temprano en díadas madre – hijo de la ciudad de Santiago*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo.
- Narvaez, D., Panksepp, J., Schore, A., & Gleason, T. (2013). *Evolution, early experience and human development*. Oxford University Press.
- Nelson, C.A., Bloom, F.E., Cameron, J.L., Amaral, D., Dahl, R.E., & Pine, D. (2002). An integrative, multidisciplinary approach to the study of brain.behavior relations in the context of typical and atypical development. *Development and Psychopathology*, 14, 499-520.

- Nelson, C.A., et al., (2011). The neurobiological toll of early human deprivation. En B. McCall, M.H. van Ijzendoorn, F. Juffer, Ch. J. Groark., & V.K. Groza (Eds), *Children without permanent parents: Research, Practice, and Policy. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 Serial No. 301, vol.76, N°4, 127-146.
- O' Connor, T.G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L., Kreppner, J.M., & the English and Romanian Adoptees Study Team (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development*, 71, 376-390.
- Oppenheim, D. (2006). Child, parent and parent-child emotion narratives: Implications for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 18, 771-790.
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D.F. (Eds.) (2007). *Attachment theory in clinical work with children*. New York: The Guilford Press.
- Panksepp, J. (2013). How primary-process emotional systems guide child development: Ancestral regulators of human happiness, thriving, and suffering. En D. Narvaez, J. Panksepp, A. N. Schore, & T. Gleason, T. (Eds.), *Evolution, early experience and human development* (pp. 74-94). Oxford University Press.
- Pereira, X. (2010). Calidad del vínculo afectivo y riesgo entre lactantes y sus madres en privación de libertad. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Infantil, Universidad de Chile.
- Posada, G., Trumbell, J., Noblega, J., Plata, S., Peña, P., & Carbonell, O.A. (2016). Maternal sensitivity and child secure base use in early childhood: Studies in different cultural contexts. *Child Development*, 87, 239-311.

- Posner, M., & Rothbart, M. (2007). Research on attention network as a model for the integration of psychological science. *Annual Review of Psychology*, 58, 1-23.
- Rodriguez, S., Arancibia, V., & Undurraga, C. (1978). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses*. Santiago: Editorial Galdoc.
- Rutter, M. (1997). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. En L. Atkinson & K.J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 17-46). New York: Guilford Press.
- Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees Study Team (1998). Developmental catch-up, and delay, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- Rutter, M.L., Kreppner, J.M., & O'Connor, G., & the English and Romanian Adoptees Study Team (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Schonhaut, L., Schonstedt, M., Alvarez, J., Salinas, P., & Armijo, I. (2010). Desarrollo psicomotor en niños de nivel socioeconómico medio alto. *Revista Chilena de Pediatría*, 28(2), 122-7.
- Schore, A.N. (2013). Bowlby's "Environment of evolutionary adaptedness": Recent studies on the interpersonal neurobiology of attachment and emotional development. En D. Narvaez, J. Panksepp, A. N. Schore, & T. Gleason, T. (Eds.), *Evolution, early experience and human development* (pp. 31-67). Oxford University Press.
- Servicio Nacional de Menores (SENAME) (2011). *Anuario estadístico institucional*. Publicaciones SENAME.

Simpson, J.A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. En S.

Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 115-140). New York: Guilford Press.

Simpson, J.A., & Belsky, J (2016). Attachment theory within a modern evolutionary framework. En J. Cassidy, P.R. & Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, Third Edition: Theory, Research, and clinical applications* (pp. 91-116). New York: The Guilford Press.

Singer, L.M., Brodzinsky, D.M., Ramsay, D., Steir, M., & Waters, E. (1985). Infant-mother attachment in adoptive families. *Child Development*, 55, 1573-1551.

Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. En J. Cassidy & Ph. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment, Second Edition: Theory, Research, and clinical applications* (pp.762-782). New York: The Guilford Press.

Solomon, J., y George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 287-318). New York: Guilford Press.

Solomon J., y George. C. (Eds.) (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.

Solomon J., y George. C. (Eds.) (2011). *Disorganized attachment & caregiving*. New York: Guilford Press.

Solomon, J., y George, C. (2016). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 366-434). New York: Guilford Press.

- Spangler, G., y Grossmann, K. (1999). Individual and physiological correlates of attachment disorganization in infancy. En J. Solomon J., y C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 95-126). New York: Guilford Press.
- Sroufe, A.L. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, A.L., y Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufe, A.L, Egeland, B., Carlson, E., & Collins, A. (2005). *The development of the person. The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stifter, C. A., & Corey, J. M. (2001). Vagal regulation and observed social behavior in infancy. *Social Development*, 10(2), 189-201.
- Target, M., Fonagy, P., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representations in school-age children: The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 171-186.
- Tarullo, A.R., Bruce, J., Gunnar, M. (2007). False belief and emotion understanding in post-institutionalized children. *Social Development*, 16, 1, 57-68.
- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. En S. Cassidy y Ph. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 265-286). New York: Guilford Press.
- Thompson, R.A., & Raikes, H.A. (2003). Toward the next quarter-century: Conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 15, 691-718.



- Tomlinson, M., Cooper, P., & Murray, L. (2005). The mother-infant relationship and infant attachment in a South African Peri-Urban setting. *Child Development*, 76 (5), 1044-1054.
- Toth, S.L. & Cicchetti, D. (2011). Frontiers in traslational research on Trauma. *Development and Psychopathology*, 23, 353-355.
- Travathan, W.R. (2013). Birth and first postnatal hour. En D. Narvaez, J. Panksepp, A. N. Schore, & T. Gleason, T. (Eds.), *Evolution, early experience and human development* (pp. 221-240). Oxford University Press.
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the healing of trauma*. Viking.
- van Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Juffer, F. (2005). Why less is more: From the Dodo Verdict to evidence-based interventions on sensitivity and early attachments. En L. J. Berlin, Y. Ziv., L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy* (pp. 297-312). New York: The Guilford Press.
- Van Ijzendoorn et al., (2011). Children in institutional care: delayed development and resilience. En B. McCall, M.H, van Ijzendoorn, F. Juffer, Ch. J. Groark., & V.K. Groza (Eds), *Children without permanent parents: Research, Practice, and Policy. Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50 Serial No. 301, vol.76, N°4, 8-30.
- van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakerman-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

- van Ijzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight and head circumference: Meta-analytic evidence for massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (4), 334-343.
- van Ijzendoorn, M., & Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1228-1245.
- van Ijzendoorn, M., Luijk, M.P.C., & Juffer, F. (2008). Detrimental effects on cognitive development of growing up children's homes: A meta-analysis on IQ in orphanages. *Merrill Palmer Quarterly*, 54, 341-366.
- van Ijzendoorn, M.H., & Kroonenberg, P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. *Child Development*, 59, 147-156.
- van Ijzendoorn, M.H., & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: universal and contextual dimensions. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. (pp. 713-734). New York: Guilford.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., van Ijzendoorn, M.H., Steele, H., Kontopolou, A., et al. (2003). Early experiences and attachment relationship of greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1208-1220.

- Zeanah, Ch., Smyke, A.T., Koga, S.F., & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 5, 1015-1028.
- Valenzuela, M. (1990). Attachment in chronically underweight young children. *Child Development*, 61, 1984-1996.
- Valenzuela, M. (1997). Maternal sensitivity in developing society: The context of urban poverty in infant chronic undernutrition. *Developmental Psychology*, 33, 5, 845-855.
- Weinfeld, N.S., Sroufe, A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high risk sample: Continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development*, 71, 695-702.
- Zeanah et al., (2011). Sensitive periods. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 Serial No. 301, vol.76, N°4, 147-162.
- Zeanah, Ch., & Smyke, A.T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29, 3, 219-233.
- Ziv, Y. (2005). Attachment-Based intervention programs: Implications for attachment theory and research. En L. J. Berlin, Y. Ziv., L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy* (pp.61-78). New York: The Guilford Press